



Article Original

Urgences Urologiques : Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques à l'Hôpital Central de Yaoundé

Urological emergencies : Epidemiological, clinical and therapeutic profile at the Yaoundé Central Hospital

Owon'Abessolo PF¹, Mayopa CF¹, Mekeme J¹, Fouda JC¹, Biyouma MDC¹, Dongmo G¹, Angwafor F¹, Sosso MA¹

RÉSUMÉ

(1) Département de Chirurgie et Spécialités/ FMSB - Université de Yaoundé I- Cameroun

Auteur correspondant :

Dr Owon'Abessolo Philip Fernandez

Adresse e-mail :

owonoabessolo@yahoo.fr

Boîte postale : 3911 Yaoundé, Cameroun

Téléphone : (00 237) 677 60 71 87

Mots-clés : Urgences; Hématurie; Urologie; Rétention urinaire.

Keywords: Emergencies, urology; Hematuria; Urinary retention.

Introduction. Une urgence urologique est une situation clinique critique de l'appareil urologique qui nécessite un geste thérapeutique dans de brefs délais. Notre étude avait pour objectif de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des urgences urologiques dans un hôpital camerounais de dernière référence de Yaoundé. **Méthodologie.** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec mode de collecte de données rétrospectif. Elle a eu lieu dans le service d'urologie et le service des urgences chirurgicales de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY) sur une période de 75 mois allant du 1er janvier 2012 au 31 mars 2019. **Résultats.** Nous avons étudié 402 patients. Leur moyenne d'âge était de 51,6 ans avec un pic de fréquence entre 60 et 75 ans. Le sexe masculin était le plus représenté avec un sex ratio de 12,3. Les urgences les plus fréquentes étaient les retentions aiguës d'urine 120 (29,9%), l'hématurie 75 (18,7%), les traumatismes urogénitaux 57 (14,2%), les gangrènes de Fournier 44 (11%) et les coliques néphrétiques 42 (10,5%). Les tumeurs prostatiques étaient l'étiologie de rétention aiguë d'urine dans 80,8% des cas. Les traumatismes urogénitaux étaient dominés par les traumatismes de l'urètre (42,1%). La cystostomie (25,4%), les décaillotages associés aux lavages vésical 66 (16,4%) étaient les gestes thérapeutiques les plus réalisés en urgence. Nous avons constaté 5 (1,2%) décès en urgence et 87,3% des patients ont été hospitalisés pour une durée moyenne de 16 jours. **Conclusion.** Les urgences urologiques sont l'apanage du sujet âgé de sexe masculin et sont dominées par les retentions aiguës d'urine dont les tumeurs prostatiques sont la cause principale. La maîtrise des techniques de cystostomie est par conséquent un impératif pour la prise en charge initiale de ces urgences.

ABSTRACT

Background. Urological emergencies are critical clinical situations of the urological system which require a therapeutic intervention within a short time. The purpose of our study was to describe the epidemiological, clinical and therapeutic profile of urological emergencies in a Cameroonian tertiary hospital of Yaoundé. **Methods.** This was a cross-sectional descriptive study with retrospective data collection mode. It took place in the urology department and the surgical emergency department of Yaoundé Central Hospital (YCH) over a period of 75 months from January 1, 2012 to March 31, 2019. **Results.** We got a sample of 402 patients. Their average age was 51.6 years. 370 (92 %). There were 370 men (92 %) and 32 women (8%) (sex ratio: 12.3). The most encountered emergencies were acute urinary retention 120 (29.9%), hematuria 75 (18.7%), urogenital trauma 57 (14.2%), Fournier gangrene 44 (11%) and nephritic colic 42 (10.5%). Prostate tumors were the etiology of acute urine retention in 80.8% of cases. The most common urogenital trauma was trauma to the urethra (42.1%). Cystostomy (25.4%) and bladder washes 66 (16.4%) were the most urgent therapeutic procedures. There were five deaths (1.2%). The average length of hospitalization was 16 days. **Conclusion.** Urological emergencies affect mainly the elderly male subject. The most common presenting clinical sign is acute urine retention, the primary cause of which is prostatic tumors. Mastering cystostomy techniques is imperative for the initial management of emergencies in our setting.

INTRODUCTION

Comme toutes les spécialités médico-chirurgicales, l'urologie compte une part importante de pathologies à caractère urgent. Elles sont nombreuses et variées et peuvent être réparties en cinq grands ensembles :

traumatiques, infectieuses, obstructives, génito-scrotales et hématiques [1]. Elles représentent un motif fréquent de consultation et d'hospitalisation au sein des services des urgences avec près de 80% d'hommes ayant en moyenne 60 ans, ceci à cause de la prédominance des affections

prostatiques dans cette tranche d'âge [2, 3]. Elles peuvent différer d'un centre à l'autre sur le plan épidémiologique, mais également dans la prise en charge, ceci selon le niveau du plateau technique et les ressources humaines disponibles.

Aussi, l'intérêt de cette étude était d'établir le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des urgences urologiques dans notre contexte à l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY).

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive avec mode de collecte de données rétrospectif. Elle s'est déroulée dans le service d'urologie et le service des urgences chirurgicales de l'HCY, sur une période de 75 mois allant du 1er janvier 2012 au 31 mars 2019.

Les données ont été collectées à travers la consultation des registres du bloc opératoire, les registres d'hospitalisations et les dossiers médicaux stockés à la salle des archives du bloc opératoire et du service d'urologie.

Nous avons inclus les urgences urologiques reçues dans le service des urgences et en consultation dans le service d'urologie. Les dossiers médicaux incomplets et inexploitable ont été exclus.

Les caractéristiques sociodémographiques, les présentations cliniques ainsi que les différentes modalités thérapeutiques étaient les principales variables étudiées.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Epi info 7.0.

RÉSULTATS

Au cours de la période d'étude, nous avons trouvé 463 dossiers de patients admis pour urgences ; 61 dossiers ont été exclus selon nos critères de départ, nous donnant ainsi un échantillon de 402 dossiers de patients.

L'âge moyen des patients était de 51,6 ans avec des extrêmes de 6 mois et 95 ans. Un regroupement par tranches de 15 ans a fait apparaître un pic de fréquence entre 61 et 75 ans.

Le sexe masculin était le plus représenté avec 370 (92 %) d'hommes pour 32 (8%) de femmes soit un sex-ratio de 12,3.

Tableau I : Distribution des urgences urologiques

Pathologie	n	%
Rétention aiguë d'urine	120	29,9
Hématurie	75	18,7
Traumatismes uro-génitaux	57	14,2
Gangrène de Fournier	44	11,0
Coliques néphrétiques	42	10,5
Orchi-épididymite	17	4,2
Torsion du cordon spermatique	17	4,2
Accident de circoncision	8	2,0
Priapisme	7	1,7
Pyélonéphrite aiguë	5	1,2
Prostatite aiguë	4	1,0
Anurie obstructive	2	0,5
Phimosi	2	0,5
Cystite aiguë	1	0,2

Les différentes urgences urologiques rencontrées sont indiquées dans le tableau I. Les principales urgences reçues étaient la rétention aiguë d'urine vésicale

120(29,9%), l'hématurie 75(18,7%) et les traumatismes uro-génitaux 57(14,2%).

En ce qui concerne l'aspect clinique, les principales étiologies des rétentions aiguës d'urine étaient les tumeurs prostatiques (80,8%).

L'hématurie était d'origine tumorale (vessie et prostate) à 77,3% ; lithiasique à 6,7% et infectieuse à 4%. La gangrène de Fournier était retrouvée dans 70% des cas sur un terrain de diabète. Les étiologies retrouvées étaient l'abcès périnéal (72,7%), des infections urogénitales (11,3%) et idiopathique (6,8%).

La colique néphrétique était principalement d'origine lithiasique (88,1%).

Le priapisme était surtout rencontré dans le cadre de crise vaso-occlusive chez les patients drépanocytaires (85,7%).

Tableau II : Topographie des traumatismes urogénitaux

Traumatisme	n	%
Urètre	26	45,6
Rein	9	15,8
Bourses	8	14
Vessie	6	10,5
Verge	3	5,3
Plaie scrotale	3	5,3
Amputation du pénis	2	3,5

Les traumatismes urogénitaux les plus retrouvés étaient ceux des urètres (26 cas : 45,6%), suivis de ceux des reins (9 cas : 15,8%) et des bourses (8 cas : 14%) (Tableau II).

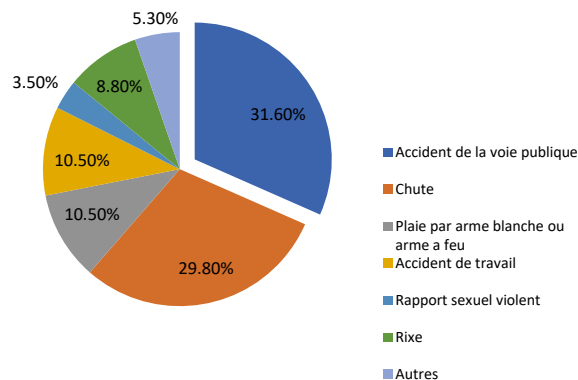


Figure 1 : Circonstances de survenue des traumatismes urogénitaux

Pour ce qui est de l'aspect thérapeutique (tableau III), les gestes réalisés étaient la cystostomie (25,4%), le traitement médicamenteux (20%), le décaillotage et le lavage vésical (16,5%). Le traitement était chirurgical dans 65,8% des cas et a consisté en des scrototomies exploratrices, débridement, orchidopexie, uréthroplastie.

Nous avons enregistré 5 décès en urgence soit un taux de mortalité de 1,2%.

Après traitement d'urgence, 351 patients (87,3%) ont été hospitalisés contre 43 (10,7%) dont le traitement a été effectué en ambulatoire.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 16 jours.

Tableau III : Distribution des actes thérapeutiques réalisés

Pathologie	n	%
Cystostomie	102	25,4
Traitement médical + surveillance	80	20
Décaillotage + lavage vésical	66	16,4
Cathétérisme uréthro-vesical	57	14,2
Débridement (nécrosectomie)	44	10,9
Exploration + suture de plaies	11	2,7
Orchidopexie bilatérale	10	2,5
Orchidectomie + orchidopexie controlatérale	07	1,7
Ponction drainage des corps caverneux	07	1,7
Urétroplastie	05	1,2
Scrototomie exploratrice	03	0,7
Évacuation de l'hématome + Albuginographie	03	0,7
Posthécotomie	02	0,5
Réimplantation du gland	02	0,5
Réimplantation pénienne	02	0,5
Réimplantation urétérale	01	0,2

DISCUSSION

De nombreuses études y compris la nôtre confirment la nette prédominance masculine au sein des urgences urologiques. Ceci est dû à la grande fréquence des urgences causées par les pathologies uréthro-prostatiques. C'est ainsi que nous avons obtenu un sex ratio de 12,3, le sexe masculin étant représenté à 92 %, en concordance avec Halidou et al et Diabaté et al qui retrouvaient respectivement 93,7% et 97,62% [1,4].

L'âge moyen dans notre série était de 51,6 ans avec des extrêmes de 6 mois et 95 ans, 44% des patients avaient plus de 60 ans. En Guinée et au Sénégal, les patients de 60 ans et plus représentaient respectivement 61,38% et 58% des cas. [5, 6].

Du point de vue clinique, la rétention aiguë d'urine (RAU) était l'urgence urologique la plus fréquente de notre série avec 29,9% des cas, mais également dans d'autres études menées en Afrique telles qu'au Sénégal, au Togo et en Guinée où elle était retrouvée respectivement à 66,13% , 64% et 73% [3,5,6]. Cependant en Europe, notamment en France elle occuperait la deuxième place après les pyélonéphrites obstructives [7, 8]. En effet dans les pays développés, les patients consultent dès la survenue d'une dysurie alors qu'en Afrique ils consultent très souvent au stade de complication (la rétention aiguë d'urine), ceci

pour des raisons socio-économiques et culturelles. Elle constitue ainsi la principale circonstance de découverte des tumeurs prostatiques. Ces résultats sont comparables à ceux de Diabaté et al au Sénégal, de Tfeil et al en Mauritanie ou les tumeurs prostatiques apparaissent comme étiologie principale des RAU dans respectivement 77% et 66,5% des cas [6, 9].

L'hématurie occupait la seconde place des urgences urologiques dans notre série. Le même constat a été fait en Guinée en 2009 par Bobo Diallo et al qui les retrouvaient dans 9,6% des cas [5]. Cependant pour d'autres études précisément au Sénégal et au Togo, elle n'occupe respectivement que la sixième et la quatrième place avec 1,18% et 1,4% [3, 6]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que dans certaines pratiques les hématuries intermittentes minimales, sans caillot vésical ne sont pas enregistrées comme urgence [2]. Néanmoins, l'étiologie la plus retrouvée reste la même dans les différentes séries à savoir les tumeurs de la vessie et de la prostate. Leur prise en charge nécessite un décaillotage et une irrigation vésicale en urgence par sonde à double courant [10].

Les traumatismes urogénitaux représentaient 14,3% des urgences urologiques dans notre étude. Dans l'étude de Diallo et al, celle de Ouattara en Guinée [5, 6] et la nôtre, les traumatismes fréquents étaient ceux de l'urètre. De manière générale les circonstances de survenue étaient dominées par les accidents de la voie publique telle que l'avait déjà démontré Ouattara et al dans son étude [11]. Le principal geste posé en urgence était donc une cystostomie sus pubienne de drainage ; la réparation chirurgicale se faisant à distance du traumatisme.

Les infections urogénitales apparaissent diverses et variées dans toutes les études mais sont dominées dans notre étude par les Gangrène de Fournier (11%) (Figure 2 A) tout comme dans l'étude menée par Tfeil et al [9], mais contrairement à Diabaté et al [6] où elles sont dominées par les orchio-épididymites aiguës. L'abcès périnéal a été la principale étiologie et la majorité des patients étaient diabétiques avec notion de mauvaise observance au traitement. Ces constats ont également été faits par Rimtebaye K et al au Tchad en 2009 [12]. Le traitement reposait sur une bi ou triantibiothérapie et sur des débridements chirurgicaux (Figure 2 B).



Figure 2 : Gangrène de Fournier

A. Présentation clinique, B. Aspect après débridement chirurgical

Les coliques néphrétiques ont été peu fréquentes dans notre série. Le même constat a été fait dans la plupart des études menées en Afrique telles que Diallo et al en Guinée et Tengue k et al au Togo qui retrouvaient respectivement 4,2% et 2,3% de coliques néphrétiques chez leurs patients [3, 5]. Cependant elles occupent la deuxième place dans les études menées en France par Martin et al avec 17,42%, ceci pourrait s'expliquer par l'importance de la prévalence de la maladie lithiasique, sans cesse croissante dans les pays occidentaux, qui avoisine actuellement en France 10% de la population générale [8, 9]. L'étiologie principale retrouvée est néanmoins la même dans les différentes séries à savoir les pathologies lithiasiques. La prise en charge en urgence reposait principalement sur le traitement médicamenteux antalgique et le traitement de l'obstacle se faisait à distance de l'épisode aiguë conformément au Consensus de la Société Francophone d'Urgences Médicales [10].

La torsion du cordon spermatique représentait 4,3% des cas de notre série. Elle aboutissait à l'orchidectomie dans 41,2% des cas du fait de la nécrose testiculaire. Ce taux élevé d'orchidectomie est également retrouvé dans d'autres séries camerounaises 57,57% et sénégalaise 50% [6,13]. Ce taux élevé d'orchidectomie pourrait s'expliquer par le long délai de consultation des patients pour des douleurs aiguës des bourses dans notre contexte du fait des aléas économiques et de l'influence de la médecine traditionnelle.

Le priapisme représentait 1,8% des cas de notre série. Ces chiffres concordent avec ceux obtenus au Sénégal 1,2% et en Mauritanie 1,75% [6,9]. Cependant il est beaucoup plus rare voire absent dans les séries occidentales [7]. L'étiologie principale étant la drépanocytose qui est une pathologie principalement de la race noire. Elle est ainsi retrouvée dans notre série dans 87,5% des cas de priapisme. La prise en charge consistait principalement en la réalisation de ponctions des corps caverneux. Au Sénégal, Diabaté et al relevaient que l'anastomose cavernospongieuse était le geste le plus réalisé dans leur série ceci dû au fait que les patients consultaient en moyenne 48 heures après le début des symptômes, ce qui rendait la ponction inefficace dans la majorité des cas [1].

Les accidents de circoncisions n'étaient pas fréquents dans notre série. Nous avons colligé 8 cas en 5 ans, soit 5 cas de lésions de l'urètre, 2 amputations partielles du gland et 1 cas d'hémorragie persistante. Ces chiffres sont en accord avec ceux de Tengue k et al au Togo et de Avakoudjo et al au Bénin qui obtenaient respectivement environ 1,5 et 1 cas par an [3,14]. Cependant pour Bobo Diallo et al en Guinée, et Tfeil et al en Mauritanie, les chiffres étaient nettement plus élevés soit respectivement 5,5 cas, et 3,8 cas par an [5,9]. Ces complications font suite à des circoncisions réalisées par des tradipraticiens, et des agents paramédicaux pour la plupart en dehors du service de sante appropriée et sans examens complémentaires préalables. Le traitement a été chirurgical dans 87,5% des cas dans notre série, ce qui concorde avec les chiffres de Bobo Diallo et al dont les chiffres s'élevaient à 93% [6]. Il

aura constitué en 5 urétroplasties et 2 réimplantations de gland.

CONCLUSION

Les urgences urologiques à l'Hôpital central de Yaoundé sont l'apanage du sujet âgé de sexe masculin, avec une forte prédominance des retentions aiguës d'urines sur tumeurs prostatiques, les hématuries et les traumatismes urogénitaux. Nous avons relevé d'importantes similitudes épidémiologiques et thérapeutiques de ces urgences urologiques à l'HCY et les structures hospitalières d'Afrique subsaharienne, mais une grande différence entre avec les pays occidentaux ceci notamment dû à la différence du niveau des ressources humaines et du plateau technique.

RÉFÉRENCES

1. Diabaté I, Ondo CZ, Sow I, Ba A, Mboup C. Les urgences urologiques au Centre Hospitalier de Louga, Sénégal: Aspects épidémiologiques et évaluation de la prise en charge. *African J Urol.* 2015;21(3):181-6.
2. Sidi U, Ben M. Les urgences urologiques guide pratique. *African J Urol.* 2015;11(3):306-12.
3. Tengue K, Kpatcha TM, Sewa E, Adabra K, Amavi AK, Sikpa K, Botcho GLE. Prise en charge des urgences urologiques au TOGO. 2017;1:331-4.
4. Halidou M, Adamou H, Habou O, Magagi IA. Les urgences urologiques à l'Hopital National de Zinder: aspects épidémiologiques, étiologiques et thérapeutiques. *African J Urol.* 2017;6:16-1.
5. Bobo DA, Bah I, Diallo TMO, Bah OR, Amougou B, Bah MD, et al. Le profil des urgences urologiques au CHU de Conakry, Guinée. *Prog en Urol.* 2010;20(3):214-8.
6. Fall B, Diao B, Fall PA, Diallo Y, Sow Y, Ondongo AAM, et al. Les urgences urologiques en milieu hospitalier universitaire à Dakar: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Prog en Urol.* 2008;18(10):650-3.
7. Mondet F, Chartier-Kastler E, Yonneau L, Bohin D, Barrou B, Richard F. Épidémiologie des urgences urologiques en Centre Hospitalier Universitaire. *Prog Urol.* 2002;12(3):437-42.
8. Martin L, Pillot P, Bardonnaud N, Lillaz J, Chabannes E, Bernardini S, et al. Evaluation de l'activité d'urgences urologiques en Centre Hospitalier Universitaire. *Progrès en Urol.* 2014;24(1):62-6.
9. Tfeil YO, Elmoctar CA, Ca MO, Jdoud CO. Les urgences urologiques au Centre Hospitalier National de Nouakchott: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Andrologie.* 2010;20(2):144-7.
10. Khebir M, Fougeras O, Gall C, Santin A, Perrier C, Sureau C, et al. Actualisation 2008 de la 8^e Conférence de consensus de la Société francophone d'urgences médicales de 1999. Prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences. *Urofrance.* 2009;462-73.
11. Ouattara A, Avakoudjo JG, Hounnasso PP, Cisse D, Hodonou FDJM, Gandaho I. Les urgences urologiques traumatiques au CHNU-HKM de Cotonou: aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques A propos de 32 cas colligés en deux ans. *Med Afr Noire.* 2013;14(2):5-42.
12. Rimtebaye K, Niang L, Ndoye M, Traore I, Vadandi V, Gueye SM, et al. Gangrene de Fournier: aspects épidémiologique, clinique, diagnostique et thérapeutique au service d'urologie de N'Djamena. 2014;1:91-9
13. Moby ME, Fouda PJ, Sala-Beyeme T, Eboumbou ME, Njifou NA, Tsiagadigui JG, et al. Les urgences andrologiques en milieu urbain au Cameroun: Aspects cliniques et thérapeutiques. *Andrologie.* 2012 ;22(4):223-6.
14. Avakoudjo JDG, Ouake HI, Ade et al. Les urgences andrologiques dans un service de Chirurgie Générale à PARAKOU (Bénin). *African J Urol.* 2016;1:301-4.