



HAL
open science

TRAITEMENT ET SUIVI POST OPERATOIRE DES RETRECISSEMENTS URETRAUX CHEZ L'HOMME DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU- POINT " G " BAMAKO A PROPOS DE 23 CAS

Cheickna Badiaga, M L Diakite, H Berthe, A Samassekou

► To cite this version:

Cheickna Badiaga, M L Diakite, H Berthe, A Samassekou. TRAITEMENT ET SUIVI POST OPERATOIRE DES RETRECISSEMENTS URETRAUX CHEZ L'HOMME DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU- POINT " G " BAMAKO A PROPOS DE 23 CAS. 2018. <hal-01866068>

HAL Id: hal-01866068

<https://hal.science/hal-01866068v1>

Preprint submitted on 3 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

**TRAITEMENT ET SUIVI POST OPERATOIRE DES RETRECISSEMENTS
URETRAUX CHEZ L'HOMME DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU-
POINT « G » BAMAKO**

A PROPOS DE 23 CAS.

BADIAGA C*, DIAKITE ML*, BERTHE H*, SAMASSEKOU A*, TEMBELY AD*

* SERVICE D'UROLOGIE CHU POINT « G »

Auteur : Dr. Cheickna Badiaga

Service d'Urologie CHU Point-G. (Bamako-Mali).

E.mail : cbadiaga2000@yahoo.fr

Tel : 00223 76415019 / 65651954

RESUME :

But : Rapporter notre expérience dans la prise en charge des rétrécissements de l'urètre :

- Déterminer sa fréquence.
- Etudier les résultats des différentes techniques chirurgicales et le niveau socio-culturel des patients.

Patients et méthodes : Etude prospective et descriptive colligeant 23 patients pris en charge pour rétrécissement urétral dans le service du 1^{er} Octobre 2015 au 30 Septembre 2016.

Résultats : 23 hommes présentaient un rétrécissement de l'urètre sur 486 patients opérés dans le service pendant la période d'étude, soit 5 %.

L'âge moyen était de 44 Ans. La profession la plus représentée était les cultivateurs 11 soit 48 %. Les analphabètes étaient au nombre de 21 soit 91 %.

La majorité des patients (18 soit 78 %) avait été adressée par des confrères d'autres structures où il n'y avait pas de service d'urologie. La dysurie était la plainte principale (20 soit 87 %). La qualité de la miction était altérée chez ces patients.

Les clichés d'UCRM ont permis de confirmer la sténose uretrale chez tous les patients. L'urétroplastie avait été le moyen thérapeutique le plus noté.

Avec un délai de suivi post opératoire de 03, 06, 09 et 12 mois, nos résultats étaient satisfaisants dans l'ensemble (Disparition de la Dysurie) avec deux (02) cas de récurrence.

Il a été réalisé :

- Cinq (05) Urétroplasties en Deux Temps (UDT);
- Dix (10) Résections Anastomoses Termino-Terminales (RATT);
- Cinq (05) Dilatations au Béniqué (DB);
- Deux (02) Uréthrotomies Internes Endoscopiques (UIE);
- Un (01) Périnostomie Définitive (PD).

Conclusion : L'option thérapeutique est variable en fonction du siège et de l'étendue du rétrécissement.

Le traitement chirurgical, par les techniques d'urétroplastie utilisées a donné des résultats satisfaisants.

Mots Clés : Rétrécissement, urètre, dysurie, urétroplastie.

POST-OPERATORY TREATMENT AND MONITORING OF URETRAL
RETRECTIONS IN MAN IN THE UROLOGY SERVICE CHU-POINT "G" BAMAKO
ABOUT 23 CASES.

BADIAGA C *, DIAKITE ML *, BERTHE H *, SAMASSEKOU A *, TEMBELY AD *
* UROLOGY SERVICE CHU POINT "G"

ABSTRACT :

Purpose: To report our experience in the management of urethral strictures:

- Determine its frequency.
- To study the results of the different surgical techniques and the socio-cultural level of the patients.

Patients and methods: Prospective and descriptive study collecting 23 patients treated for urethral stricture in the department from 1st October 2015 to 30th September 2016.

Results: 23 men had urethral stricture in 486 patients operated in the department during the study period, 5%.

The average age was 44 years old. The most represented profession was farmers 11, or 48%. There were 21 illiterates, ie 91%.

The majority of patients (18 or 78%) had been referred by colleagues from other facilities where there was no urology service. Dysuria was the main complaint (20 or 87%). The quality of urination was impaired in these patients.

UCRM shots confirmed ureteric stenosis in all patients. Urethroplasty was the most noted therapeutic method.

With a postoperative follow-up of 03, 06, 09 and 12 months, our results were satisfactory overall (Disappearance of Dysuria) with two (02) cases of recurrence.

It has been accomplished :

- Five (05) Urethroplasty in Two Times (UDT);
- Ten (10) Termino-Terminal Anastomosis Resections (RATT);
- Five (05) dilations in Benedict (DB);
- Two (02) Endoscopic Internal Urethrotomy (UIE);
- One (01) Definitive Perinostomy (PD).

Conclusion: The therapeutic option is variable depending on the seat and the extent of shrinkage.

Surgical treatment, using the urethroplasty techniques used, gave satisfactory results.

Key words: Narrowing, urethra, dysuria, urethroplasty.

INTRODUCTION :

Le rétrécissement urétral (RU) est la réduction du calibre du canal urétral, constituant un obstacle à l'écoulement normal des urines. En Afrique, sa principale étiologie est infectieuse. C'est une véritable séquelle des maladies sexuellement transmissibles, le rétrécissement et ses manifestations entrent en scène plusieurs années après des urétrites non ou mal traitées [24].

Le traitement des sténoses constituées est délicat et difficile, doit tenir compte de l'âge et de l'étendue des lésions.

Diverses techniques de réparation à ciel ouvert sont connues des urologues de même que les problèmes post-opératoires afférents qui sont liés à l'importance des lésions souvent étendues et scléro-fibreuses, et au sepsis en rapport avec nos conditions de travail ainsi que son cortège de complications [24].

Les urétroplasties en deux temps selon Bengt Johanson, les résections Anastomoses Termino-Terminales, dissections de sténose + urétroplasties selon les différents auteurs, les dilatations au bœniqué, les uréthrotomies internes endoscopiques, la périnostomie définitive, sont des techniques simples et réitérables aux suites opératoires bonnes, raccourcissant énormément le séjour hospitalier.

Ces techniques sont pratiquées dans notre service avec une parfaite maîtrise d'où l'objet de ce travail pour évaluer nos résultats selon les cas.

MATERIEL ET METHODES :

Notre étude est prospective, descriptive et porte sur 23 patients exclusivement de sexe masculin, porteurs de sténoses acquises.

Ces patients ont été pris en charge manuellement ou chirurgicalement dans le service d'urologie au CHU Point-G du 1^{er} Octobre 2016 au 30 Septembre 2016 ;

En plus des aspects thérapeutiques, nous nous sommes aussi intéressés aux aspects épidémiologiques, étiopathogéniques ainsi qu'à leur résultat en le rapportant au facteur temps.

Critères de jugement de résultats :

- **Bon résultat** (miction satisfaisante, pas de trouble sexuel, urines stériles, urétrographie normale) ;
- **Résultat moyen** (miction satisfaisante, pas de troubles sexuel, urines stériles, discrète sténose à urétrographie) ;
- **Mauvais résultat** (Au moins 2 critères non satisfaits) ;
- **Résultat satisfaisant** (Bon+Moyen).

RESULTATS :

07 patients (30 %) ont eu une cystostomie en urgence.

05 patients (22 %) avaient eu un traitement antérieur de leur rétrécissement :

02 par dilatation au béniqué et 03 par urétroplasties en un temps.

Aucune complication post opératoire immédiate n'a été notée durant les trois (03) premiers mois de suivi.

Nous avons observé une amélioration significative du jet urinaire lors de l'ablation de la sonde.

Au total, 23 patients ont eu un bon résultat précoce à trois (03) mois et 21 patients à six et neuf (6-9 et 12) mois.

Les Examens Cytobactériologiques des Urines (ECBU) de contrôle n'ont pas retrouvé de germe. (Une antibioprophylaxie per et post opératoire était instaurée).

Sur le plan épidémiologique :

L'âge moyen de nos patients est de 44 Ans avec des extrêmes de 12 et 81 Ans.

La tranche la plus touchée est située entre 20-40 ans, suivie de 60-80 ans.

19 patients soit 82,6 % sont issus de couches sociales défavorisées.

Le RU représente 5 % de l'ensemble des activités chirurgicales du service au cours de la période d'étude.

Tableau 1 : La profession :

Profession	Nb	%
Cultivateurs	11	48
Ouriers	04	17
Eleveurs	04	17
Fonctionnaires	02	09
Elèves	02	09
Total	23	100

Sur le plan étiologique :

Infectieuse : 18 (78%)

Traumatique : 03 (13%)

Iatrogène : 02 (09%)

Tableau 2 : Le Motif de la consultation :

Motifs de consultation	Nb	%
Dysurie associée ou non à une pollakiurie ou à des brûlures mictionnelles	16	70
Retention d'urines aigue ou chronique	04	17
Incontinence	02	09
Fistule uréthro-cutanée	01	04
Total	23	100

Le Mode de référence :

18 patients (78%) ont été adressés par des confrères d'autres structures ;

05 patients (22%) sont venus d'eux même en consultation.

Tableau 3 : Les données de l'examen clinique :

Signes	Nb	%
Écoulement urétral	03	13,04
Fistule urinaire	01	04,34
Catheter sus pubien	07	30,43

Les affections associées :

- HBP : 04 cas
- Lithiase vésicale : 01 cas
- Diabète : 01 cas
- Insuffisance Rénale : 01 cas

Les données de l'imagerie : UCRM

- **Rétrécissement bulbaire : 16 cas (69%)**
- Rétrécissement pénien : 03 cas (13%)
- Rétrécissement multiple : 02 cas (09%)
- Rétrécissement bulbo-membraneux : 02 cas (09%)

Le retentissement :

- 15 Uretérohydronéphroses (UHN).

Les complications :

- 01 Fistule urétrale ;

Cliniques : 03 patients présentaient une altération de l'état général (AEG) qui corrigée, a permis de pratiquer l'uretrotomie sans incident.

01 cas de fistule urinaire a été noté : La cystostomie première a permis de l'assécher, et au bout de 3 semaines de traitement antibiotique et anti-inflammatoire, le patient a pu être opéré.

L'UCRM : 08 (35%) des sténoses sont étendues au delà de 3 cm de longueur.

Insuffisance rénale fonctionnelle : 01 patient. Corrigée grâce à la collaboration Uro-Néphrologue.

L'ECBU a isolé E.Coli chez 18 patients (78%) et traitée en fonction de l'antibiogramme.

Aucune alerte cardiorespiratoire n'a été décelée d'où la facilité du choix du mode d'anesthésie. La voie loco-régionale était la plus utilisée.

La Durée de l'intervention était en moyenne de 20 minutes avec des extrêmes de 10 à 45 minutes.

La Durée du cathétérisme post opératoire était en moyenne de 15 jours avec des extrêmes de 3 à 30 jours.

La Durée d'hospitalisation était en moyenne de 7 jours avec des extrêmes de 3 à 14 jours.

AU TOTAL :

15 urétroplasties ont été réalisées. 08 ont fait l'objet de réalisation d'autres techniques.

05 patients sont perdus de vue après ablation de la sonde et n'ont pas atteint la durée d'observation précoce de trois (03) mois, et sont de ce fait exclus des résultats.

23 patients ont été revus régulièrement durant 03, 06, 09 et 12 mois après l'intervention.

Ont eu un bon résultat :

A trois (03) mois :

15 patients après une urétroplastie ;

05 patients après plusieurs dilatations au béniqué ;

02 patients après une seule urétrotomie ;

01 patient après une périnostomie définitive (n'ayant pas réalisé une urétrographie post opératoire) Il était satisfait de la qualité de sa miction.

A 06, 09 et 12 mois :

14 patients après une urétroplastie ;

05 patients après plusieurs dilatations au béniqué ;

02 patients après une seule urétrotomie ;

Recidives :

01 patient après une urétroplastie ;

01 patient après une périnostomie définitive.

Ils sont revenus respectivement pour dysurie 05 et 07 mois.

DISCUSSION :

La chirurgie des rétrécissements urétraux occupait 5% de nos activités chirurgicales.

Ce résultat est nettement inférieur à ceux de OUATTARA Z. et NDEMANGA J. qui trouvent respectivement 7,14 % et 8,3% en RCA. [29, 23].

L'âge moyen de nos patients est de 44 Ans avec des extrêmes de 12 et 81 Ans.

Ce chiffre est similaire à ceux de KABORE F.A. et SIKPA K.H qui sont de 44,4 et 44,79 Ans. [17, 25].

Les jeunes sont les plus touchés entre **20-40 ans**.

Les couches adolescents et adultes jeunes sont les plus frappées par les infections sexuellement transmissibles (IST) qui constituent la population sexuellement active.

A cet âge le comportement sexuel est à risque avec la multiplicité des partenaires.

78,3 % de nos patients sont issus de couches sociales défavorisées. Le bas niveau socio-économique, les mauvaises conditions d'hygiène et d'habitation sont reconnues comme favorisant des IST.

Ce résultat est supérieur à celui de la RCI où K.DJE dans son étude trouve 60% [24] et inférieur à ceux de KLUFIO et QUARTEY relèvent 84,3 % [26].

La dysurie était la plainte principale chez 87% de nos patients.

Ce résultat est supérieur à ceux de DIAKITE ML et FALL B qui relèvent 58,56% et 42,2% [13, 12].

Nos résultats d'urétroplasties et d'urétrotomies internes endoscopiques étaient jugés bons. Pareils chez DIARRA A et coll. Au Maroc [14].

L'étiologie était infectieuse dans 78% des cas ; intermédiaire aux résultats de B. Zango et K. Djé qui trouvent respectivement 69 et 87,05% [10, 24].

Le siège était bulbaire dans 69% des cas nettement supérieur à celui de K.H. SIKPA 67,6% Lomé [25].

S'explique pour la plupart des auteurs K. DJE [24] par la configuration du bulbe dont le cul de sac constitue un réservoir où pullulent les germes du fait de la stase urinaire.

L'étendue des sténoses était supérieure à 3 cms de longueur dans 35% des cas.

Abdel-Wahab EL-K. trouve 34,6% en EGYPTE [2].

Nos résultats étaient bons dans l'ensemble par la disparition de la dysurie et l'obtention d'une bonne miction.

Des auteurs comme A.W. El Kassaby et coll pensent que les bons résultats avec les différentes techniques sont probablement plus liés à la sélection des patients plutôt qu'à la technique opératoire elle-même. [2]

L'étendue de la sténose, l'unicité ou la multiplicité nous guide et oriente vers le choix de la technique.

Le degré de sténose du canal urétral est un élément à valeur prédictive sur la qualité du résultat par la fibrose luminale source de difficulté opératoire et de récurrences précoces.

Nous avons procédé à une évaluation régulière de nos résultats dans le but de mieux comprendre le contexte, localiser et situer le moment précis d'apparition des récurrences en déduire une étiologie.

D'où la particularité de cette étude. Elle sera répétée dans d'autres CHU où se trouve un service d'urologie afin de dégager un cadre de suivi dans la prise en charge des rétrécissements urétraux.

Certains auteurs pensent que le recul minimum pour évaluer les résultats doit être au moins de 12 mois K. DJE [24].

Cependant, nous pouvons raisonnablement dire que les chances de succès reposent en grande partie sur les indications thérapeutiques.

CONCLUSION :

Le rétrécissement de l'urètre est une pathologie invalidante pour l'adulte dont la prise en charge mérite beaucoup d'attention.

Une évaluation minutieuse et progressive permettra de contrôler l'évolution de son traitement. Elle est variable en fonction du siège et de l'étendue.

Les résultats étaient satisfaisants dans notre série.

Notre méthodologie peut être une alternative séduisante à la surveillance post opératoire des complications.

Les techniques opératoires se valent avec le même résultat précoce à après mois de suivi post opératoire.

REFERENCES :

- 1- AB DIALLO et Coll. **Les ruptures traumatiques de l'urètre postérieur** : Analyse de 87 cas au CHU de CONAKRY. African Journal of urology 1110-5704 Vol 13,N°1,2007 214-219
- 2- Abdel-Wahab EL-KASSABY, Magdy FATH-ALLA, Wael MAGED, Abdulla ABDEL-AAL. **Traitement des sténoses de l'urètre pénien par urétroplastie avec patch pédiculé dorsal** : «Urétroplastie en toit». *Service d'Urologie, Université Ain-Shams, Le Caire, Egypte* A.W. El Kassaby et coll., Progrès en Urologie (1998), 8, 1022-1028
- 3- ABOURACHID H, LOIS D, GOUDOT B, DAHMANI F, DAHER N
L'urétrotomie interne dans le traitement des sténoses de l'urètre. Résultat à distance et revue de la littérature. Journal d'urologie, 1989, vol 95, N°8,477-480
- 4- ABOUTAÏEB R., SARF I., DAKIR M., MOUSSAOUI A., JOUAL A. : **Le traitement chirurgical des ruptures traumatiques de l'urètre postérieur**. Prog. Urol., 2000 ; 10 : 214-215.
- 5- ASSOCIATION DES UROLOGUES DU CANADA 2014 **Les Sténoses urétrales chez les hommes**
- 6- BAILLEUL J.P., MAZEMAN E. : **Les traumatismes de l'urèthre masculin. Mécanismes, étiologie et anatomopathologie**. J. Urol. (Paris), 1984 ; 90 : 669-670.
- 7- BOCCON-GIBOD, ABOULKER P. : **Rupture traumatique de l'urètre masculin**. Ann. Urol., 1974 ; 8 : 185-192.
- 8- BOUCHOT O., GUILLONNEAU B., KARAM G., BUZELIN J.M. : **Les traumatismes de l'urètre postérieur, à propos de 57 cas, à l'exclusion des traumatismes iatrogènes**. Ann. Urol., 1989 ; 23 : 220-226.
- 9- BRISSET J.M., LAMY : **Résection-suture de l'urètre postérieur pour sténose post-traumatique**. J. Urol. (Paris), 1980 ; 86 : 99-106.
- 10- B. ZANGO, T.Kambou et Coll. **Urétrotomie Interne Endoscopique pour rétrécissement urétral acquis à l'hôpital de Bobo Dioulasso** : Faisabilité de la technique dans des conditions précaires et résultats à court terme. Bull Soc Pathol Exot, 2003, 96, 2, 92-95
- 11- CHARLES BADO, **Les rétrécissements de l'urètre masculin au Centre Hospitalier National YALGADO OUEDRAGO (C.H.N.Y.O.)** A propos de 40 cas. Thèse Méd. 21 Décembre 1994
- 12- C.Ze. ONDO, B. FALL et coll. **Les rétrécissements iatrogènes de l'urètre: expérience d'un hôpital Sénégalais**. African journal of urology (2015) 21, 144-147
- 13- DIAKITE ML. et Coll. **Les rétrécissements de l'urètre au CHU Gabriel Touré. A propos de 77 cas**. Médecine d'Afrique Noire Avril 2012, Vol. 59, N 4, 193-198
- 14- DIARRA A., KASSOGUE A et Coll. **Place de l'uréthrorraphie terminotermale (UTT) dans les sténoses post-traumatiques de l'urètre membraneux au CHU Hassan II Fès/Maroc**. Mali Médical 2012 Tome XXVII N4
- 15- EL-KASSABY A.W., AGOUR A.F., IBRAHIM M.E., EL-HALABY M.R.
Uréthroplastie en un temps de Monseur dans la correction des sténoses de l'urètre antérieur. Ann. Urol., 1985, 19, 2, 108-110.
- 16- FATIMATA BA, **Urétroplastie avec Lambeau Pédiculé selon QUARTEY** au service d'urologie andrologie de l'Hôpital ARISTIDE LE DANTEC. Thèse Méd.N°44 26 Decembre 2002
- 17- FA KABORE, B ZANGO et Coll. **Analyse rétrospective du traitement chirurgical d'une série de 148 cas de rétrécissements de l'urètre masculin au Burkina Faso** Uro-Andro – Volume 1 N4 Juillet 2015

- 18- FAURE G., DAVIN J.L., RAMBEAUD J.J., REVOL M. : **Ruptures récentes de l'urètre. De leur diagnostic à leur traitement.** J. Urol. (Paris), 1984 ; 90 : 187-190.
- 19- GUEYE S.M., BA M., SYLLA C., NDOYE A., MENSA H. : **Réparation en urgence différée des ruptures de l'urètre postérieur.** Ann. Chir., 1994 ; 48 : 43-45.
- 20- Hicham TAZI, Mohammed OUALI, My Hfid LRHORFI, Saïd MOUDOUNI, Karim TAZI, Ahmed LAKRISSA, **Le réalignement endoscopique dans la rupture post traumatique de l'urètre postérieur** *Service d'Urologie "B", Hôpital Ibn Sina, Centre hospitalier universitaire Rabat/Salé, Rabat, Maroc.* Progrès en Urologie (2003), 13, 1345-1350
- 21- Jean BREAUD, **Traumatismes de l'urètre postérieur associés aux traumatismes du bassin chez l'adolescent en traumatologie routière.** Conception d'un modèle numérique élément finis de la région pelvienne et applications cliniques. Thèse Méd. 31 Janvier 2012 Université de la Méditerranée Aix-Marseille II
- 22- Jean-Luc MEGE, Gloria PELIZZO, Rémi DUBOIS, Josette ARCACHE, Patrick CARLIOZ, Hubert DODAT, **Technique de Duplay modifiée dans le traitement de l'hypospadias antérieur. Résultats immédiats et à long terme à propos de 321 cas** et revue de la littérature *Unité d'Urologie Pédiatrique, Service de Chirurgie Pédiatrique, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, France.* Progrès en Urologie (1999), 9, 1136-1147
- 23- J.NDEMANGA KAMOUNE, A.DOUI DOUMGBA, E. KHALTAN, N. MAMADOU NALI **Les sténoses de l'urètre masculin à Bangui (RCA). Service d'urologie de l'Hôpital de l'amitié.** Méd. Afr. Noire 2006 ; 53 (12) : 645-650.
- 24- K.DJE, A Coulibaly, N Coulibaly, IS Sangaré **L'urétrotomie interne endoscopique dans le traitement du rétrécissement urétral acquis du noir africain A PROPOS DE 140 CAS.**
- 25- K.H.SIKPA et Coll. **L'Urétroplastie par résection anastomose termino-terminale pour rétrécissement de l'urètre masculin** au CHU Sylvanus Olympio de Lomé au Togo. African journal of urology 2016 22, 273-278
- 26- KLUFIO G O AND QUARTEY J K M. **Internal optical uretrotomy: a report of 51 cases treated under local anesthesia.** West Africa journal of medicine, July-sept 1990, vol,9, N° 3,242-243
- 27- KOUASSI K.L.. **Les MST dans trois centres spécialisés à Abidjan.** Thèse Méd. Abij. 1994
- 28- MONSEUR J. **La reconstitution du canal de l'urètre au moyen des lames sus urétérales et de la gouttière sous caverneuse.** J.Urol. Nephrol., 1968, 74, 755-757.
- 29- OUATTARA Z., TEMBELY AD., SANOGO ZZ., DOUMBIA D., CISSE CMC., OUATTARA K. **Le rétrécissement de l'urètre chez l'homme à l'Hôpital du Point-G,** Mali Médical 2004 ; 34(19) : 48-49.
- 30- Philippe RAVASSE, Thierry PETIT, Pierre DELMAS **Hypospadias antérieur : Duplay ou Mathieu?** *Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU Côte de Nacre, Caen, France.* Progrès en Urologie (2000), 10, 653-656
- 31- TAHAN H., RANDRIANANTENAINA A., MICHEL F. : **Traitement des ruptures complètes de l'urètre postérieur par réalignement endoscopique.** Prog. Urol., 1999 ; 9 : 489-495

TABLEAUX :**Tableau 1 : La profession :**

Profession	Nb	%
Cultivateurs	11	48
Ouriers	04	17
Eleveurs	04	17
Fonctionnaires	02	09
Elèves	02	09
Total	23	100

Tableau 2 : Le Motif de la consultation :

Motifs de consultation	Nb	%
Dysurie associée ou non à une pollakiurie ou à des brûlures mictionnelles	16	70
Retention d'urines aigue ou chronique	04	17
Incontinence	02	09
Fistule uréthro-cutanée	01	04
Total	23	100

Tableau 3 : Les données de l'examen clinique :

Signes	Nb	%
Écoulement urétral	03	13,04
Fistule urinaire	01	04,34
Catheter sus pubien	07	30,43