

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



**Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
(FMPOS)**

Année Universitaire 2009 – 2010

Thèse N°_ /201

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DE LA PATHOLOGIE
UROLOGIQUE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE
DE L'HOPITAL DE SIKASSO
DE JANVIER 2007 A DECEMBRE 2009**

THESE

*Présentée et soutenue le devant la Faculté de
Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie*

Par

Monsieur **Sékou OUATTARA**

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine**, diplôme d'Etat

JURY

Président: Pr Soukalo DAO

Membre: Dr Mohamed Lamine DIAKITE

Codirecteur : Dr Zanafon OUATTARA

Directeur : Pr Kalilou OUATTARA

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2009 – 2010**

ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSAIRE : **BOUBACAR TRAORE** – MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSAIRE : **IBRAHIM I. MAIGA** - MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : **IDRISSA AHMADOU CISSE** – MAITRE
ASSISTANT

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** –
CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	ophtalmologie
Mr Bocar SALL Secourisme	orthopédie Traumatologie –
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie

Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro – Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO Histoembryologie	Anatomie – pathologie –
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Medicine Interne
Mr Boukassim HAIDARA	Legislation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	orthopédie Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chirurgie Générale et Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco Obstétrique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE D.E.R.	Chirurgie Générale, chef de
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Tièman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
Mr Zi,ogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr BIRAMA TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Générale
Mr Hamady TRAORE	Odonto Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro- Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie – Réanimation
Mr Alhadji Seydou DEMBELE	Anesthésie – Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynéco Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynéco Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koreissy TALL	Anesthésie – Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie – Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie – Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO Cardiovasculaire	Chirurgie Thoracique et
Mr Tioukany THERA	Gynécologie

Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odonto Stomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAGAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatoumata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie- Mycologie
Mr Yéniméqué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Sekou F.M. TRAORE Médicale	Entomologie Moléculaire

2 MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie- Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie chef de D.E.R.
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Abdoulaye DABO Animale	Malacologie Biologie
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie Virologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Djibril SANGARE Médicale	Entomologie Moléculaire
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bourema KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie Virologie
Mr Cheik Boukadari TRAORE	Anatomie – Pathologie
Mr Guimogo DOLO Médicale	Entomologie Moléculaire
Mr Abdoulaye TOURE Médicale	Entomologie Moléculaire
Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie- Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie – Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA Entomologie Médicale	Biologie, Parasitologie
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOOUO	Chimie Analytique

Mr Aldiouma GUINDO

Hématologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA

Néphrologie

Mr Baba KOUMARE

Psychiatrie

Mr Moussa TRAORE

Neurologie

Mr Hamar A. TRAORE

Médecine Interne

Mr Dapa Aly DIALLO

Hématologie

Mr Moussa Y. MAIGA
Hépatologie

Gastro- entérologie-

Mr Somita KEITA

Dermato Léprologie

Mr Boubacar DIALLO

Cardiologie

Mr Toumani SIDIBE

Pédiatrie

Mr Mamady KANE

Radiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE

Medicine Interne

Mr Siaka SIDIBE

Radiologie

Mr Mamadou DEMBELE

Medicine Interne

Mr Saharé FONGORO

Néphrologie

Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro Entorologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie, chef de D.E.R.
Mr Soukalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou Diawara	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Kaya Assetou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mahamadou B. DIARRA	Cardiologie

Mr Anselme KONATE	Hépto Gastro Entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto Gastro Entérologie
Mr Souleymane COULIBALY	PSYCHOLOGIE
Mr Cheik Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo Physiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souseyman COULIBALY	Cardiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE D.E.R.	Chimie Analytique, chef de
Mr Ousmane DUOMBIA	Pharmacie chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoit Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognos

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie- Immunologie
Mr Sékou BAH	Pharmacologie
Mr Loseni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou Souncalo TRAORE D.E.R.	Santé Publique, chef de
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Massabou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidemiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologies Medical
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheik Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Bio statistique
Mr Seydou DIARRA	

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Zoubeirou MAIGA	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématique
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
Mr Cheik O. DIAWARA	Bibliographie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

Pr. Pascal BONNABRY

Pharmacie Hospitalière

Hommage à Dieu

Au nom de Dieu, clément et miséricordieux. Allah, l'unique, l'absolu.

Il n'a jamais engendré ; n'a pas été engendré non plus. Et nul n'est égal à lui.

Je rends hommage à Dieu tout puissant, le seul et unique créateur des cieux, de la terre et de ceux qui se trouvent entre eux, le clément, le Dieu de tous les êtres.

Il est juste et bon de rendre grâce toujours à Dieu et en tout lieu.

Salutation sur le prophète Mohamed (S.A.W.)

Ô Allah ! Verse tes bénédictions sur Mohammad (S.A.W.) et sa famille comme Tu as versé tes bénédictions sur Ibrahim et sa famille, parmi les habitants de l'univers. Tu es infiniment digne de louange et de glorification.

Ô Allah ! Accorde tes faveurs à Mohammad (S.A.W.) ainsi qu'à sa famille comme Tu as accordé tes faveurs à Ibrahim et à sa famille. Parmi les habitants de l'univers. Tu es infiniment digne de louange et de glorification.

A notre Maître et Président de Jury,

Professeur SOUNKALO DAO

- Maître de conférences à la FMPOS
- Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la FMPOS de BAMAKO
- Chercheur au CEREF0 (centre de recherche et de formation sur le VIH et la tuberculose)
 - Membre de la société des pathologies infectieuses de la langue française.
 - Membre de la société Africaine des pathologies infectieuses.

- Président de la société Malienne des pathologies infectieuses et tropicales (SOMAPI).

Cher Maître,

C'est un grand honneur et un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples sollicitations.

- Depuis les premiers cours d'Infectiologie, nous avons pu apprécier la clarté et la précision de votre enseignement.
- Vos qualités humaines font de vous un médecin respecté

C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité.

- Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître Dr Mohamed Lamine Diallo

- Chirurgien Urologue Andrologue;
- Maître Assistant à la FMPOS ;
- Chargé de cours d'Urologie à la faculté de médecine de pharmacie et

D'odonto-stomatologie de l'université de BAMAKO;

Praticien au CHU du point G

Cher Maître

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme membre de jury de ce travail.

Nous avons été particulièrement impressionnés par la simplicité et la sympathie avec lesquelles vous avez accepté de juger ce travail. Vous nous témoignez ainsi cher Maître de votre entière disponibilité pour la formation des futures générations. Nous sommes très fiers d'avoir pu bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de cette thèse.

A notre Maître et Co-directeur de Thèse, Dr ZANAFON
OUATTARA

- Chirurgien Urologue Andrologue;
- Maître Assistant à la FMPOS ;
- Chargé de cours d'Urologie à la faculté de médecine de pharmacie et

D'odonto-stomatologie de l'université de BAMAKO;

- Chef de Service d'urologie CHU Gabriel Touré

Cher Maître ;

- C'est un privilège et un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de suivre ce travail.

.Nous reconnaissons en vous un grand homme aux qualités humaines et scientifiques inestimables, votre simplicité, votre ténacité dans le travail, votre attachement à la formation correcte de vos étudiants et votre souci permanent pour l'esprit d'équipe font de vous un maître admiré.

- Soyez rassuré de notre considération.
- Puisse ALLAH vous accorder la chance d'accéder au grade de professeur dans un avenir proche.

A notre Maître Professeur Kalilou Ouattara

Docteur pH .D de l'institut d'urologie de K I E V

Professeur titulaire d'urologie à la FMPOS

Chef de service d'urologie du CHU du point G

Expert international de la fistule vesico obstétricale

Lauréat de l'émission Niangara de l'ORTM

Cher maître ;

- Vous avez initié, conçu et suivi ce travail.

Nous sommes très honorés de la confiance accordée à nous.

- L'assiduité, la ponctualité, et la rigueur scientifique

qui vous caractérisent sont autant de valeurs qui incitent la jeune génération à vous ressembler.

- La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

- Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

- Puisse le tout puissant nous accorder la chance de profiter encore longtemps de vos enseignements et de vos conseils.

DEDICACE

Je dédie ce travail

A la mémoire de mon père Issouf OUATTARA. Papa tu as toujours voulu que je fasse quelque chose de bien sur cette terre. J'espère que tu es fier de mon travail là où tu es. Que Dieu le Tout Puissant t'accepte dans son paradis.

REMERCIEMENTS

Au Dr Diallo Ali : merci de m'avoir laissé faire mon enquête dans votre service

Au Dr Dolo Mamadou : merci de m'accepter dans votre hôpital

Au Dr Diawara Adama : merci pour votre disponibilité et le soutien que vous m'avez apporté pendant ce travail qui est le votre.

A mon oncle Diakalia Ouattara, merci pour tout le soutien que tu m'as apporté. Pour moi tu es un oncle exemplaire, je te promets que je ferai tout pour sauvegarder l'amour, l'union et la solidarité que tu nous as enseignés pour une famille heureuse.

A ma mère Affouchata Cisse : merci pour tout l'amour que tu m'as donné. Maman que le Tout Puissant te donne la bonne santé et te garde longtemps auprès de nous ; que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction. Amen!

A ma tante Assetou Dembélé : ma deuxième mère, tu fais partie de ces rares personnes qui ont compris ce passage de Jean Jacques ROUSSEAU qui dit l'enfant est bon de nature c'est son environnement qui le rend bon ou mauvais. Tu as toujours fait en sorte que notre famille reste unie et senti que nous ne souffrions pas du décès de notre père. Je souhaiterais que ma femme soit à ton image.

A ma fiancée Aminata Ouattara : tu as été une confidente et une partenaire sincère. Merci pour ton soutien.

A ma belle famille merci pour votre confiance

A mes oncles Adama Cisse, feu Daouda Cisse, Malick Cisse, Siaka Ouattara, Daouda Ouattara, Abou Ouattara, Mamadou Ouattara, feu Seydou Ouattara, Djibril Dembélé, Seydou Tangara merci pour votre soutien.

A mes tantes Mariam Cisse, Fatoumata Cisse, Korotoumi Ouattara, merci pour votre soutien

A mes frères, Aboubakar Ouattara, Abdoulaye Coulibaly, Soungalo Ouattara Samba Ouattara, Brehima Dembélé, Salif

Bamba, Karamogo Bengaly, Vamara Dembélé, merci de votre soutien.

A mes sœurs Mariam I Ouattara, Mariam S Ouattara, Fatoumata Ouattara, Kadiatou Ouattara merci votre soutien

A toute la famille Ouattara, Cisse, Dembélé merci de votre soutien.

A mon ami : Feu Mohamed Seydou Dembélé, c'est toi qui a cru en moi et insister pour que je puisse réaliser mon rêve, je prie le Bon Dieu tous les jours pour qu'il t'accepte dans son paradis, ce travail est pour toi.

Au Dr Koné Drissa : tu as joué le rôle de grand frère que j'ai toujours cherché, merci pour tout ``koro``

A tous mes amis merci

A mon groupe d'exercices, merci pour votre collaboration

Aux étudiants de l'EPH de Sikasso merci.

Aux étudiants du service d'urologie du CHU GT merci.

Aux infirmiers du service d'urologie du CHU GT merci.

A toute ma promotion de la FMPOS, merci.

Au CESKA (le collectif des étudiants en santé de kadiolo) merci.

A l'ADERS (l'amicale des étudiants ressortissants de la 3^{ème} région et sympathisants) merci.

Au groupe Bâtisseurs de la FMPOS, merci.

ABREVIATIONS

AM : Assistance Médicale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

DNSI : Direction Nationale de Statistique et d'Information

DRPS: Direction Régionale du Plan et de la Statistique

E.P.H : Etablissement Public Hospitalier

HAWYT : Huilerie Abou Woro Yacouba Traoré

HUICOMA : Huilerie Cotonnière du Mali

HED : Hématome Extradural

HSD : Hématome Sous Dural

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

ORL: Oto-rhino-laryngologies

SOTELMA : Société de Télécommunication du Mali

CHU GT : centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré

UE : Union Européenne

H B P : Hypertrophie Bénigne de la Prostate

R A U : Rétention Aigue d'urine

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto
Stomatologie

UIV : Urographie Intra Veineuse

UPR : Urétéro Pyélographie Rétrograde

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

F V C CONGENITALE : fistule vesico-cutanée congénitale

M. RECRUTEMENT : mode de recrutement

C. ORDINAIRE : consultation ordinaire

I INTRODUCTION :

L'urologie est la partie de la médecine qui traite des maladies des voies urinaires, du point de vue médical, chirurgical et, par extension, des maladies de l'appareil génito-urinaire chez l'homme. [1]

La pathologie urologique (P.U) regroupe « l'ensemble des maladies pouvant affecter l'appareil urinaire, ainsi que celles pouvant toucher l'appareil génital de l'homme ». [2]

L'urologie a longtemps été considérée comme le parent pauvre de la chirurgie. Les premiers urologues furent bien souvent considérés comme de piètres chirurgiens aux méthodes grossières. [1]

L'urologie est devenue aujourd'hui une spécialité à part entière dont le domaine s'est largement étendu et dont les méthodes se sont affinées [1].

Si l'ablation de l'adénome de la prostate reste l'intervention urologique la plus fréquente, bon nombre d'actes opératoires portent sur l'urètre, la vessie, les uretères et aussi les reins dans le monde [1].

En Afrique en générale et au Mali en particulier l'adénome de la prostate reste la pathologie urologique opératoire la plus fréquente, suivi de l'urètre, la vessie, les uretères et aussi les reins [2].

Le domaine de l'urologie s'étend aujourd'hui à l'appareil génital, aux surrénales, aux vaisseaux de l'appareil urinaire et de l'appareil génital. C'est l'urologue qui réalise les transplantations rénales, la constitution des voies d'abord pour l'hémodialyse. Si l'urologue est le chirurgien de l'appareil génito-urinaire, il doit aussi en être le « médecin ». Il totalise dans sa spécialité les fonctions qui, par exemple pour l'appareil digestif sont celles du gastro-entérologue et du chirurgien digestif [1]. C'est l'urologue qui réalise l'urétéro-entéro-cystoplastie dans la petite vessie bilharzienne. Bien entendu, c'est à lui de réaliser l'endoscopie à visée diagnostique et thérapeutique [1]

Au Mali les critères d'un hôpital de 2^{ème} référence sont décrits par

la loi n°02-50 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière [15]

1°) Comporter au moins les services suivants :

- Un service administratif ;
- Un service de médecine ;
- Un service de chirurgie et de spécialités chirurgicales ;
- La pharmacie hospitalière ;
- Les services médico-techniques (services d'imagerie médicale, de laboratoire de biologie médicale, de banque de sang et service de maintenance) ;

2°) Compter soixante dix (70) lits au minimum ;

3°) Comporter au moins des installations d'imagerie médicale (table télécommandée ; amplificateur de brillance et table fixe), d'exploration fonctionnelle (électrocardiographe) ;

4°) Disposer d'un personnel minimum réparti.

Vu l'organigramme de l'hôpital de Sikasso on peut sans doute le classer parmi les hôpitaux de 2^{ème} référence du Mali. Cependant on peut noter l'absence d'un service aussi important comme le service d'urologie dont les malades sont pris en charge par le service de chirurgie générale. Le but de cette étude est de répertorier toutes les pathologies urologiques prises en charge par le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso. Ceci permettra de juger de la nécessité d'ouvrir un service d'urologie dans le dit hôpital.

II **OBJECTIFS** :

1. Objectif général

Etudier l'épidémiologie de la pathologie urologique dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso du 1^{er} janvier 2007 au 31 Décembre 2009.

2. Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la pathologie urologique vue en consultation dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso de janvier 2007 à décembre 2009.
- Déterminer le bassin de desserte dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2009 dans le domaine de l'urologie.

III-GENERALITES

Nous vous proposons d'établir la liste des pathologies urologiques que nous connaissons par organe cible et par groupe de pathologie pour ensuite faire la description de quelques pathologies urologiques les plus fréquentes et les plus urgentes rencontrées au MALI et de terminer cette généralité par l'examen clinique de l'appareil urinaire.

LISTE DES PATHOLOGIES UROLOGIQUES [1]

1- La pathologie tumorale

- Les tumeurs du rein
- Le cancer du rein de l'adulte
- Le kyste simple du rein de l'adulte
- La maladie poly kystique des reins
- Les kystes multiloculaires
- Le néphroblastome
- Les angyomyolipomes du rein
- Les oncocytomes cystadénocarcinomes
- L'adénome du rein
- Les tumeurs secondaires du rein

2 - Les tumeurs de l'urothélium

- Les généralités sur les tumeurs de l'urothélium
- Les tumeurs de la voie excrétrice supérieure

- Le carcinome vésical in situ
- Les tumeurs de l'urètre

3 – Les tumeurs de la prostate

- L adénome de la prostate
- Le cancer de la prostate
- le sarcome de la prostate

4- les tumeurs du testicule

- Le cancer du testicule
- La tumeur de Leydig

5- les tumeurs de la verge

6- les tumeurs des vésicules séminales

7-les infections non spécifiques

- La pyélonéphrite aiguë
- La pyélonéphrite chronique
- La pyonéphrose
- La suppuration du parenchyme rénal et de l'espace péri rénal
- La cystite glandulaire ou la métaplasie glandulaire de la vessie
- Les métaplasies épidermoïdes ; métaplasie squameuse et leucoplasie vésicale
- La prostatite aiguë
- La prostatite chronique

- L'épididymite

- L'orchite aigue

- L'Orchite chronique

- Les uterites de l'homme

- L'hydrocèle

8- la tuberculose uro-génitale

9- les maladies parasitaires

- La bilharziose uro-génitale
- Le kyste hydatique du rein

10-la malakoplakie

11-la dystrophie kystique de la voie excrétrice

12-la pathologie non tumorale des tissus retro-peritoneaux

-La fibrose rétro-péritonéale

-la lipomatose pelvienne

13-la maladie de Fournier

14- la lithiase urinaire

- **La lithiase rénale**
- **La lithiase urétérale**
- **La lithiase vésicale**
- **La lithiase urétrale**

15-la pathologie vésicale

- La vessie neurologique
- Le cystocèle
- La hernie de la vessie
- Le diverticule de vessie
- les fuites d'urine
 - L'incontinence urinaire d'effort de la femme
 - L'incontinence urinaire de l'homme
- Les fistules urinaires
 - Les fistules uro-cutanées
 - Les fistules réno-duodénales et réno-colique
 - Les fistules vesico-utérines
 - Les fistules vésico- vaginales
 - Les fistules entéro-vésicales
- Les cystites radiques ou médicamenteuses
- Le reflux vésico-rénal
- Les troubles de la miction sans cause organique décelable

16-les anomalies rénales non tumorales

17-les pathologies des artères et des veines rénales

18-la pathologie de l'appareil génital de l'homme

- La cryptorchidie
- Le varicocèle
- La stérilité masculine
- La maladie de la peyronie

- L'impuissance
- Les impuissances organiques
- Le priapisme
- Le phimosis

19-LA PATHOLOGIE DU HAUT APPAREIL URIMAIRE

- L'anurie par obstacle de la voie excrétrice
- L'hydronéphrose
- Les duplications pyélo-urétérales
- L'abouchement ectopique de l'uretère
- Les complications urologiques des traitements chirurgicaux et radiothérapies des affections gynécologiques

20-les corps étrangers de l'uretère et de la vessie

21-la pathologie de l'ouraque

- Les anomalies de l'occlusion ouraquienne
- Kyste
- Persistance
- Le cancer de l'ouraque

22-les traumatismes de l'appareil uro-génital

- les traumatismes du rein
- les traumatismes de l'uretère

- les traumatismes de la vessie
- les traumatismes de l'urètre
- les traumatismes des organes génitaux externes

23-la pathologie propre à l'enfant

- les malformations de l'appareil urinaire de l'enfant
- Le reflux vésico-urétéral de l'enfant
- L'hydronéphrose de l'enfant
- Les grosses bourses de l'enfant
- L'hypospadias
- L'epispadias
- Le mega-urètre
- Les valves urétrales
- les duplications de la voie excrétrice

DESCRIPTION DE QUELQUES PATHOLOGIES UROLOGIQUES

[1,7]

1) L'adénome de la prostate [1]

Définition : L'adénome de la prostate est une tumeur bénigne de l'homme. Il est fréquent. Malgré cela, son étiologie reste encore mystérieuse.

L'âge : L'adénome de la prostate est la maladie de l'homme de la soixantaine.

La symptomatologie : les signes cliniques qu'entraîne l'adénome de la prostate sont très variables d'un patient à l'autre.

La phase du début : la pollakiurie, la dysurie, les symptômes sont majorés dans certaines circonstances (une vie de sédentaire augmente la stase veineuse pelvienne ; les excès alimentaires ; la rétention trop longue des urines entre deux mictions, les longs voyages en voiture, la prescription des diurétiques ; la prescription des traitements pouvant paralyser la vessie)

La phase de rétention vésicale sans distension : la rétention vésicale incomplète ; la rétention aigue d'urine.

La phase de rétention vésicale avec distension : l'hématurie ; l'infection ; la lithiase vésicale etc....

Diagnostic : le toucher rectal est la clef du diagnostic. On doit y associer le palper hypogastrique. Pour examiner il faut que le patient soit en décubitus dorsal avec les cuisses très bien fléchies. Le doigt rectal découvre alors une tuméfaction plus ou moins étalée transversalement, dont le sillon médian normal peu avoir disparu. La consistance de cette prostate est particulière : elle est ferme, mais pas dure, élastique, homogène. L'examen va tenter d'évaluer le poids de l'adénome, ce qui est important pour les indications opératoires. Ceci paraît facile chez le sujet maigre ou l'on aura tendance à surestimer le poids ; cela est difficile chez le sujet obèse chez lequel on sous-estimera souvent le volume.

Parfois la prostate paraît irrégulière au toucher rectal. Bien sûr, il peut s'agir d'une prostatite, mais ce que l'on doit craindre c'est l'association à un cancer prostatique.

L'examen cherche également l'existence d'un résidu post-mictionnel par la palpation et la percussion de l'hypogastre. Il vérifie l'absence de gros reins palpables de la hernie inguinale associée (fréquente chez les malades qui doivent pousser pour uriner

Les examens complémentaires : Ces examens sont :

- Radiologique (l'urographie intra veineuse, l'uretrocystographie ascendante et mictionnelle)

-Echographique (l'échographie prostatique, vésicale, rénale,)

-Endoscopiques

-Biologiques

Traitement : il est chirurgical, endoscopie instrumentale et médicale

2) La lithiase urinaire [1]

La maladie lithiasique est une maladie fréquente et pourtant que d'inconnus persistent dans la genèse et l'évolution des calculs ! Certes, on connaît certains facteurs favorisants : maladies métaboliques, infections, stases, contre lesquels il est possible de lutter, mais dans nombre de cas l'étiologie des calculs demeure incertaine.

- Le traitement réside soit dans la dissolution de certains calculs, soit dans la pulvérisation par ondes de choc qui a détrôné la chirurgie (qui cependant garde encore un certain nombre d'indications)

Enfin, quel que soit le type de calcul il est indispensable d'obéir à certaines règles hygièno -diététiques, ces règles permettent d'éviter dans une certaine mesure les récives et les complications.

Les signes cliniques :

La douleur : rénale, urétérale, vésicale.

L'infection urinaire : du parenchyme rénal et sans signe général

Les hématuries : macroscopiques et microscopiques

Les troubles néphrologiques : l'insuffisance rénale et l'anurie lithiasique

Enfin il n'est pas rare que les calculs n'entraînent aucune symptomatologie

L'examen clinique

Il est souvent pauvre :

Douleur à la pression au niveau de l'angle costo-vertébral

Douleur à la palpation des uretères

Météorisme abdominal lors de la colique néphrétique,

Gros rein de stase.

Les examens complémentaires :

Radiologiques : Abdomen sans préparation ; urographie intra veineuse

l'uretero pyélographie rétrograde ; échographie ; la tomodensitométrie

Biologiques : L'examen des urines ; les examens sanguins

Traitement : il est médical et chirurgical

Le cancer du rein de l'adulte [1]

Définition : on appelle cancer du rein les tumeurs malignes primitives du parenchyme sécréteur, ce qui exclut les tumeurs secondaires métastatiques et les tumeurs des voies excrétrices.

Clinique :

Le Cancer du rein se voit le plus souvent chez l'homme de plus de 40 ans. Le symptôme révélateur le plus habituel est l'hématurie totale

1. la forme hématurie

C'est donc l'aspect révélateur le plus fréquent, l'hématurie résume la symptomatologie.

Elle est totale, insidieuse, spontanée, capricieuse, indolore et récidivante.

L'examen clinique n'apporte aucun renseignement dans cette forme, ainsi une hématurie totale isolée chez un homme de 40 ans doit faire évoquer le cancer du rein. Mais il importe avant tout de localiser le saignement. Si son origine est attestée par le fait qu'elle soit totale, en fait cela na rien de formel car tout saignement peut réaliser une hématurie totale.

On se tourne donc vers deux moyens qui peuvent être utilisés en urgence

- l'urographie intra veineuse (U.I.V)
- et la cystoscopie en période hématurique qui permet de vérifier l'origine du saignement en précisant le coté qui saigne.

2. forme tumorale pure

Elle se manifeste essentiellement par la découverte d'une tumeur du flanc

Les examens complémentaires

Examen biologique : numération formule sanguine, vitesse de sédimentation

Bilan radiologique : L'U.I.V, la cystoscopie, l'artériographie, l'angiographie numérisée, la tomodensitométrie, échographie

Diagnostic

Sur le plan clinique, il ne doit pas exister de diagnostic car une règle sémiologique est absolue : devant le moindre symptôme urologique, l'U.IV ou l'échographie est systématique

1. le diagnostic d'une tumeur lombaire isolée

- Un kyste solitaire bénin

- La maladie poly kystique des reins
- Les tumeurs solides du rein sont exceptionnelles

2. le diagnostic d'une hématurie isolée

Traitement Il est chirurgical, on peut souvent associer la radiothérapie peu recommandée ou la chimiothérapie mais qui est peu efficace.

3) LE NEPHROBLASTOME (tumeur de wilms) [1]

Définition

Il s'agit d'une tumeur développée aux dépens du blastème rénal atteignant les enfants (âge moyen ; 3,7 ans) et pouvant souvent être bilatérale.

Symptomatologie clinique

Le maître symptôme reste la perception de la tumeur, le plus souvent à l'occasion d'une augmentation du volume de l'abdomen (90 %des cas). Cette augmentation peut être associée à des troubles digestifs, à une altération de l'état général ou une fièvre.

C'est dire l'importance de la palpation abdominale chez ces jeunes enfants.

Cette tumeur est souvent volumineuse, abdominale donnant le contact lombaire, ferme, lisse, régulier et bien limité. La palpation doit être prudente étant donné le risque de rupture.

Les autres signes sont plus rares ; hématurie totale, infection urinaire, voire exceptionnellement une varicocèle.

Les examens complémentaires : sont : l'U.I.V, l'échographie, la tomodensitométrie, l'artériographie,

Diagnostic

Le diagnostic de néphroblastome est presque facile et ne nécessite pas d'examen sophistiqué.

La découverte d'une tumeur rénale chez le petit enfant équivaut presque immédiatement au diagnostic de néphroblastome.

Il conviendra alors d'en rechercher les métastases éventuelles et d'éliminer les autres rares diagnostics de tumeur.

Traitement

Il associe la chimiothérapie, la radiothérapie et la chirurgie

4) Les traumatismes de l'appareil uro-génital [1]

Généralités

Les traumatismes de l'appareil uro-génital sont très variés. Ils peuvent survenir à l'occasion d'accident dont il sera important de préciser le mécanisme, par exemple accident de la voie publique ou accident de sport, choc direct, décélération ou plaie par arme à feu. Ils peuvent également être d'origine iatrogène, complication de la chirurgie générale ou urologique

5-1) Traumatismes du rein [1]

Introduction

Les traumatismes du rein ont une fréquence croissante, leurs indications thérapeutiques nécessitant un bilan radio- anatomique précis.

Il peut s'agir de traumatisme rénal isolé ou associé dans le cadre d'un poly traumatisme engageant le pronostic vital.

Diagnostic et conduite à tenir

1. la clinique

Trois signes doivent faire évoquer une lésion rénale: l'hématurie, la perception d'un empatement de la fosse lombaire et une douleur lombaire.

2. l'imagerie :

Devant toute suspicion de contusion rénale, deux examens doivent être pratiqués en urgence : une U.I.V et une échographie

5-2) Traumatismes de l'uretère [1]

Introduction

L'uretère est beaucoup plus souvent soumis au traumatisme iatrogène qu'aux traumatismes non chirurgicaux.

Du fait de ses rapports anatomiques, il peut être endommagé lors d'interventions digestives ou gynécologiques.

- ❖ traumatismes non chirurgicaux de l'uretère
 - les ruptures traumatiques fermées
 - les plaies par balles ou par arme blanche
- ❖ Les traumatismes iatrogènes de l'uretère de cause extra urologique.

Etiologie

- ❖ la chirurgie gynécologique :
 - hystérectomie simple
 - césarienne
 - hystérectomie par voie vaginale
 - Hystérectomie élargie avec curage

- intervention pour incontinence des urines à l'effort par suspension du dôme vaginale
- D'exceptionnels cas d'aspiration de l'uretère ont été décrits à la suite de perforation utérine, au cours d'interruption volontaire de la grossesse

❖ La chirurgie digestive, vasculaire, orthopédique :

5-3) Traumatisme de la vessie [1]

Les contusions abdomino-pelviennes s'accompagnent dans 10 à 15 % des cas d'une lésion traumatisme du bas urinaire. Dans les traumatismes graves, leur traitement reste au second plan car les lésions associées déterminent le pronostic vital en urgence

Diagnostic et conduite à tenir

Une complication urinaire doit être recherché systématique devant toute contusion abdominale, à fortiori s'il existe une fracture ou une disjonction du bassin.

L'examen tiendra compte du risque de plaie de l'urètre associée.

Il faut rechercher une urétrorragie qui oriente vers le traumatisme de l'urètre. Il faut faire uriner. On note l'existence ou non du besoin d'uriner.

- la miction est claire et l'émission facile, à priori, éliminer une lésion du bas appareil.
- la miction impossible signe la complication : il faut interdire tout sondage

L'examen de l'hypogastre doit rechercher un globe vésical, un empatement douloureux ou une défense hypogastrique.

L'examen périnéal recherche un hématome évoquant la rupture de l'aponévrose moyenne du périnée.

Le toucher rectal peut mettre un empâtement traduisant un hématome pelvien, la mobilité et l'ascension de la prostate signent la rupture complète et totale de l'urètre membraneux. Les radiographies osseuses du bassin objectivent les traits de fracture et leur déplacement.

➤ Les ruptures intra-péritoneales de la vessie

Le tableau clinique est : douleur abdominale, pas de globe vésicale, pas de miction, pas de besoin de miction

➤ Les ruptures sous péritonéales de la vessie

Le tableau clinique est :

-soit la lésion vésicale est la seule complication de la fracture du bassin, l'hématurie est la règle, les mictions sont conservées, la rétention aigue par caillottage vésicale est plus rare. Il existe une douleur hypogastrique sans péritonite, le toucher rectal est douloureux et l'on perçoit un empâtement pelvien.

-soit il s'agit d'un grand fracas du bassin, les lésions sont multiples et la rupture sous péritonéale passe au second plan.

Dans le premier cas, une urétrocystographie rétrograde et mictionnelle pratiquée en présence d'un chirurgien, avec la plus grande prudence éliminera une lésion urétrale. La rupture de la vessie se traduit par extravasation du produit de contraste dans l'espace sous péritonéal.

Traitement ; Il est chirurgical

5-4) Les traumatismes des organes génitaux externes [1]

Les traumatismes de la verge [1]

- Les fractures du corps caverneux s'observent lors d'un traumatisme sur une verge en érection en particulier au cours des rapports sexuels. Il existe alors une douleur pénienne associée à un volumineux hématome sous-cutané. L'intervention chirurgicale s'impose en urgence avec évacuation de l'hématome et suture de l'albuginée. Il n'existe habituellement pas de traumatisme urétral associé.
- Les amputations traumatiques de la verge sont rares et peuvent être traitées par une réimplantation sous microchirurgie, s'il s'agit d'une plaie franche, non contuse, vue tôt.
- Toute plaie du penis doit faire rechercher une lésion urétrale par une urographie.

5-5) Les traumatismes des bourses [1]

Les traumatismes des bourses en dehors d'un hématome scrotal isolé, se résorbant sans séquelle sous antalgiques et anti-inflammatoires, il est essentiel de rechercher devant toute contusion des bourses une lésion testiculaire et/ou épидидymite avec ou sans hématocèle cliniquement décelable.

L'échographie scrotale en urgence permet de retrouver des lésions alors que l'examen clinique peut être négatif. Il est essentiel d'explorer en urgence ces traumatismes afin d'évacuer l'hématocèle, de faire le bilan des lésions testiculaires et épидидymaires. Il s'agit le plus souvent d'une rupture de l'albuginée testiculaire pour laquelle on réalise une évacuation de l'hématome avec suture de l'albuginée

Les brûlures et avulsions des organes génitaux externes nécessitant en dehors d'un parage soigneux et d'une couverture des testicules, une dérivation urinaire avant d'envisager une chirurgie reconstructrice.

5) La maladie de Fournier [1]

Définition. Il s'agit d'une affection exceptionnelle, car elle est grevée d'une importante mortalité. Sa pathogénie reste mystérieuse. Elle réalise une nécrose cutanée des organes génitaux externes de l'homme dans un tableau de septicémie.

Elle évolue en trois phases ; invasion, nécrose, restauration, la dernière phase ne pouvant exister que chez les malades ayant survécu. Elle survient chez des patients n'ayant aucun antécédent particulier urinaire, génital ou rectal

La clinique

➤ la phase d'invasion

Elle est marquée par l'apparition d'un oedème ou d'un érythème au niveau du penis et des bourses. Il y a peu de douleur. Il n'y a pratiquement aucun prodrome. Très rapidement peut s'installer un état septicémique et des poussées fébriles ou ; au contraire, des accès hypothermiques. L'invasion dure 2 jours

➤ la phase de nécrose

Elle caractérise l'affection. L'atteinte de l'état général est sévère. Il existe un syndrome infection grave avec une fièvre élevée. Rapidement on voit apparaître des plaques noirâtres de nécrose cutanée au niveau du penis et des bourses.

Il faut exciser cette nécrose fétide, ce qui laisse à nu le penis et les testicules dont la vitalité est d'ailleurs respectée. Cette phase aboutit bien souvent à la mort.

➤ la phase de restauration

Si le patient a survécu, elle se fait spontanément en quelques semaines, la peau se restaurant lentement.

Traitement. Le traitement est médico- chirurgical

6) Le priapisme [1]

Définition : le priapisme est une affection rare mais grave puisque son évolution spontanée se fait vers l'impuissance définitive. Il trouve un regain d'actualité depuis l'emploi d'injection de papavérine ou de produits alpha-bloquants dans les corps caverneux pour traiter les difficultés d'érection. La complication majeure de cette méthode, d'une fréquence qui paraît loin d'être négligeable, est l'apparition d'un priapisme.

Physiopathologie du priapisme : le priapisme se définit comme une érection qui se prolonge anormalement sans éjaculation et sans être entretenu par un désir érotique ou des stimulations locales. IL survient lorsque le sang veineux des corps caverneux ne s'évacue pas correctement par la veine dorsale profonde. Cette érection est surprenante car elle dure anormalement et intéresse les corps caverneux en respectant le corps spongieux et le gland qui se drainent par la veine dorsale superficielle. La plupart des traitements chirurgicaux utilise cette différence en créant une fistule entre les corps caverneux et le corps spongieux, permettant une évacuation du sang veineux vers la veine dorsale superficielle restée perméable.

Toutes les causes d'hyperviscosité sanguine vont favoriser le priapisme en augmentant le risque d'obstruction des corps caverneux et de la veine dorsale profonde : hémophile, intoxication au gaz carbonique.

Pourtant, la plupart des priapismes apparaissent comme primitifs et beaucoup d'auteurs évoquent un dysfonctionnement de la régulation neuro-végétative de l'érection qui pourrait bloquer le retour veineux.

Les différentes étiologies : on peut en distinguer quatre (4) grandes au priapisme :

- Les priapismes dont la cause est une anomalie du contenu des corps caverneux
- Les priapismes par dérèglement de la commande neurovégétative de l'érection
- Le priapisme est le plus souvent apparemment idiopathique.
- Les priapismes provoqués.

Traitements.

Le traitement médical est peu efficace.

Le traitement chirurgical est le traitement de référence



Priapisme vue à l'hôpital de Sikasso

7) Le phimosis [1]

Définition : le phimosis est un rétrécissement de l'anneau préuvéal qui empêche ou gêne la découverte du gland

Le phimosis du nourrisson et du jeune enfant est souvent une affection congénitale

Le phimosis de l'enfant plus âgé traduit souvent un manque d'hygiène, une accumulation du smegma et des balanites répétées

A l'âge mûr le phimosis peut être secondaire et accompagné de nombreuses maladies allant de la syphilis au cancer du gland, en passant par le diabète.

Symptomatologie clinique.

➤ Phimosis congénital de l'enfant

Le phimosis non compliqué est très banal mais il existe parfois des signes particuliers qui peuvent attirer l'attention :

- difficultés à l'émission des urines
- formation d'une poche prévétoille au cours de la miction ;
- impossibilité de nettoyer la cavité prévétoille avec accumulation de smegma et infection récidivante
- paraphimosis

➤ Phimosis de l'enfant d'un certain âge

Il s'agit souvent d'un phimosis acquis. Né avec un prépuce large, cet enfant n'a par été décalotté ni nettoyé. L'accumulation de smegma a provoqué des inflammations répétées puis vers l'âge de 6 à 8 ans quelquefois avant s'est produite une sclérose distale du prépuce : un véritable phimosis

Cette sténose distale peut être serrée. IL coexiste toujours avec un aspect inflammatoire et scléreux du prépuce. Des complications sont possibles et en particulier, le paraphimosis qui est quelquefois difficile à réduire.

➤ Phimosis de l'adulte

- Il s'agit parfois d'un phimosis congénital peu serré
- Il s'agit souvent d'un phimosis acquis

Traitement ; Il est chirurgical en général mais doit être accompagné d'un traitement médical si la cause est infectieuse.

9) La cystocèle [1]

La statique vésicale

Alors que chez l'homme, la vessie est relativement fixe, l'existence chez la femme de la fente uro-génitale à la partie antérieure du plancher pelvien, nécessite une statique particulière due à la position érigée de l'homme.

Les étiologies

Les facteurs acquis

- le traumatisme obstétrical, la multiparité
- l'âge, la post ménopause
- les cystocèles iatrogènes

Elles se voient dans 3 cas :

- après une intervention carcinologique
- après hystérectomie totale
- après hystérectomie subtotale

Les facteurs congénitaux

La cystocèle pure est exceptionnelle dans le cadre des prolapsus congénitaux. Habituellement, elle accompagne un prolapsus génital complet où prédomine une thrachélo-hystéroptose.

Un ensemble d'anomalie congénitale est retrouvé le plus souvent dans cette entité très importante.

Clinique

A l'inspection, la saillie peut être permanente ou n'exister qu'à l'effort.

Habituellement, la poussée suffit à reproduire le bombement.

Les examens complémentaires

- l'examen cytbactériologique des urines
- uréthro-cystoscopie
- bilan radiologique
 - l' U.I.V
 - la cystographie
 - le colpocystogramme
- les explorations urodynamiques

Traitement : Il est chirurgical.

10) Les tumeurs de la vessie

L'hématurie est le signe le plus important.

Habituellement, il s'agit d'une hématurie terminale ; mais, si elle est abondante, elle peut être totale, voire même provoquer une rétention aiguë sur caillot.

L'hématurie impose une cystoscopie, si possible en période de saignement, et une U.I.V.

Les autres signes sont plus polymorphes :

- l'infection urinaire à type de cystites récidivantes peut témoigner de la présence d'une tumeur ;
- lorsque la lésion se développe au niveau d'un méat urétral, peut apparaître une douleur lombaire traduisant alors une stase uérétero-pyelocaliciele ;
- enfin, une tumeur de vessie peut se révéler par la présence de métastases (osseuses en particulier)

L'examen clinique

Il ne découvrira des anomalies que dans les évolués.

La palpation bi-manuelle, abdomino-rectale ou abdomino-vaginale, est fondamentale pour apprécier l'importance et l'étendue de la tumeur. L'examen est parfois gêné par l'obésité du malade. Il faudra le recommencer sous anesthésie lorsqu'une intervention est décidée.

Cet examen peut découvrir :

- un gros rein témoignant une stase urétéro-pyélocalicielle
- une masse sus-pubienne traduisant tantôt la présence du cancer lui-même, ailleurs une vessie pleine de caillot ;
- une infiltration sus prostatique évoquant la malignité ;
- au maximum un bloc pelvien.
- Enfin la recherche clinique des métastases est indispensable

Les examens complémentaires

Cinq (5) examens fondamentaux suivant sont nécessaires :

- la cystoscopie
- l'U.I.V
- l'échographie
- les frottis urinaires
- l'examen histologique

Les autres examens complémentaires sont : la tomодensitométrie, la lymphographie avec ponction, l'échographie hépatique et la scintigraphie osseuse

Traitement ; Il est chirurgical et médical

8) Le cancer du testicule [1]

Le cancer du testicule survient chez l'homme, son traitement ainsi que son pronostic, restent essentiellement liés à son type histologique.

Aspects cliniques

❖ Circonstances de découverte

Elles sont très variables. Le plus souvent. Ce jeune homme vient consulter car il a découvert une modification d'une de ses bourses :

- augmentation insidieuse d'une bourse,
- perception d'un nodule intra scrotal,
- apparition d'une zone testiculaire de sensibilité différente.

Ailleurs, il viendra consulter pour des signes fonctionnels souvent modérés : tiraillement dans une bourse avec sensation de pesanteur.

Il n'est pas rare que ces signes soient rattachés à un traumatisme récent.

❖ L'examen

Le malade nu sera examiné debout puis couché. Cet examen sera bilatéral et comparatif, les résultats étant notés sur un schéma.

L'inspection note l'aspect normal des bourses. La palpation, temps capitale, impose une technique rigoureuse : la main gauche immobilisant le testicule, la main droite cherchant à identifier chaque élément intra-scrotal.

Ainsi cette tumeur intra -scrotale, opaque à la trans-illumination, est bien intra-testiculaire :

- car on peut reconnaître l'épididyme la coiffant ;
- on peut pincer la vaginale.

Il s'agit tantôt d'une tumeur de petite taille régulière, dont l'indolence contraste avec la sensibilité normale du testicule, tantôt d'une tumeur plus importante, de

consistance dure, irrégulière, semblant intéresser une grande partie du testicule. Quoi qu'il en soit un fait est fondamental ; cette tumeur testiculaire est isolée.

. En effet, le testicule opposé est normal ;

. Au niveau du testicule atteint, le scrotum glisse normalement sur la glande ;

. Il n'existe pas d'hydrocèle, ni de signe inflammatoire ;

.au niveau du cordon tous les éléments sont normaux ;

. Il n'existe pas de signe urinaire ;

. Pas d'écoulement méatique ;

.au touché rectal, la prostate et les vésicules séminales sont parfaitement normales.

Ainsi cette tumeur intra scrotale est gros un testicule. Ce gros testicule est strictement isolé ; c'est a priori un cancer jusqu'à la preuve histologique du contraire.

Dans quelques cas une hydrocèle vaginale est associée et empêche la palpation de la glande. Il est alors prudent surtout si l'on n'a pas l'intention de traiter chirurgicalement l'hydrocèle, d'effectuer une échographie scrotale qui montre l'aspect du testicule.

Le diagnostic étant pratiquement certain il est nécessaire de poursuivre les différents examens chimico-biologiques et radiologiques pour apprécier l'extension possible du cancer.

Les autres examens à visée diagnostique sont souvent superflus. Citons, néanmoins l'échographie testiculaire.

Son intérêt est évident en cas d'hydrocèle surajoutée ; ailleurs elle ne fait que confirmer le diagnostic clinique en montrant la tumeur localisée au niveau du testicule. Elle peut avoir un intérêt en cas de découverte d'une lésion rétro périnéale apparemment primitive et l'on sait dans ce cas que l'examen testiculaire est indispensable.

En cas de très petite tumeur intra testiculaire non palpable, l'échographie permet le diagnostic de cancer primitif.

TRAITEMENT : le traitement est chirurgical et médical.

11) Les prostatites [1]

Trop souvent, dans l'esprit des hommes, une maladie de la prostate est synonyme de vieillissement <<Alors docteur, c'est la prostate ? Déjà à mon âge>>. Certes l'adénome et le cancer sont des affections de l'homme âgé mais l'atteinte infectieuse touche l'homme du berceau au fauteuil roulant.

❖ .LA PROSTATITE AIGUE [1]

Cette affection touche l'homme quel que soit son âge. Cependant elle est exceptionnelle avant la puberté. Il semble exister une recrudescence saisonnière du fait du changement de régime alimentaire et du régime sexuel. En règle général l'agent causal est le colibacille (80 % des cas) bien que d'autres germes puissent se rencontrer (protées, staphylocoques, etc.) ; le gonocoque qui tenait la vedette il à 50 ans après avoir disparu semble faire une remontée dans les statistiques.

La voie d'atteinte de la prostate est variable mais fondamentale à rechercher pour effectuer un traitement correct. Elle peut se faire par voie rétrograde, à l'occasion d'une urétrite. Cette voie semble la plus fréquente chez les hommes jeunes. Elle peut aussi se faire par voie urinaire à partir d'une infection urinaire

banale. L'infection peut venir de l'intestin, l'atteinte vésicale se faisant par contiguïté. Cette voie, discutée peut rendre compte des prostatites faisant suite à des épisodes de diarrhée ou au contraire de constipation sévère. L'infection peut se faire par voie sanguine, à l'occasion d'une bactériémie dont l'origine peut être variée, cutanée digestive. En fin la voie directe existe après ponction biopsie de la prostate, après résection de la prostate crantage, après en dose copie ou sondage.

Les signes cliniques

Ils sont souvent bruyants et sans équivoque. En effet, cet homme présente.

- un syndrome pseudo grippal associant :
 - une fièvre élevée à 39,5 ou 40°
 - des frissons
 - une céphalée et des courbatures
- des signes urinaires :
 - brûlures mictionnelles
 - pollakiurie souvent intense
 - dysurie pouvant aboutir à une rétention aigue d'urine

Devant un tel tableau le diagnostic ne présente pas de difficulté. Il est confirmé par le toucher rectal qui révèle une prostate augmentée de volume et extrêmement douloureuse.

Pendant cette période aigue deux problèmes doivent être réglés rapidement.

. Le malade présente une rétention aigue d'urine, il ne faut pas le sonder car le sondage urétral peut déclencher une septicémie grave (il y a eu des cas mortels) il faut toujours utiliser la voie abdominale et mettre en place un cathéter sus pubien ;

. Dans tous les cas il faut d'urgence mettre en route le traitement : on associera les antibiotiques et les anti-inflammatoires. Le choix des antibiotiques importe peu en cette période aigue.

Ils pénètrent trop facilement dans le parenchyme prostatique. Par contre, la durée du traitement doit être suffisante : le traitement anti-inflammatoire durera au moins une semaine. L'antibiothérapie sera poursuivie 15 à 20 jours.

Les causes urologiques

- La sténose de l'urètre.
- L'adénome de la prostate ;
- Les troubles neurologiques du fonctionnement de la vessie ;
- Les tumeurs vésicales infectées ;
- Les calculs infectés des voies urinaires ;
- Les malformations tant urétérales (par exemple l'abouchement ectopique d'un uretère dans le tractus génital) qu'urétrales.

Les causes non urologiques

Elles sont plus rares (10 à 20 %) ; abcès dentaire, suppuration cutanée, troubles digestifs en particulier d'origine colique, etc.... bref, tout ce qui peut être responsable d'une bactériémie. Mai bien souvent, aucune cause favorisante n'est retrouvée.

Les examens complémentaires

- L'examen cyto bactériologique des urinés est l'examen essentiel dans cette phase aigue, mais sa réalisation ne doit pas retarder le début du traitement.
- Les examens radiographiques ne sont pas utiles pour le diagnostic à la phase aigue.

LE TRAITEMENT : Le traitement est médical

12) Les fistules vesico-vaginales [1]

Définition

Communication entre la vessie et le vagin, elles sont essentiellement obstétricales des séquelles de la chirurgie ou de la radiothérapie. Leur traitement relève de la chirurgie mais implique un bilan topographique précis.

ETIOLOGIE

- Les fistules post-opératoires
- Les fistules post-radiothérapeutes
- Les étiologies obstétricales
- Les autres étiologies

LE DIAGNOSTIC

Le signe essentiel est la fuite des urines qui est permanente, diurne et nocturne, d'intensité variable.

Elle peut parfois être associée à des brûlures vésicales et à des leucorrhées.

Le toucher vaginal permet souvent de situer la fistule si elle est de grande taille et d'apprécier la qualité du tissu vaginal.

L'examen sur table gynécologique est essentiel : il va montrer le siège de la fistule. La vessie étant remplie par du sérum physiologique coloré au bleu de méthylène qui va donc faire irruption dans le vagin à travers la fistule.

Les examens complémentaires

- L'uréthrocystoscopie
- L'urographie intraveineuse
- L'uréthrocystographie ascendante ou mictionnelle
- Un bilan complémentaire

LE TRAITEMENT : Le traitement est chirurgical

13) Tuberculose uro-génitale : [7]

Il s'agit d'une localisation secondaire à partir d'un foyer le plus souvent pulmonaire par dissémination hématogène dû au bacille tuberculeux

Agents pathogènes :

Le bacille de koch (BK) ou *Mycobacterium tuberculosis*

. Etude clinique :

- Circonstances cliniques de découverte : dépendent du mode évolutif et du fait que la maladie :

- S'extériorise en envahissant les voies excrétrices et en particulier la vessie.
- Se manifeste par des localisations génitales ;
- Donne une symptomatologie atypique.

. Signes typiques

.Signes urologiques :

❖ Interrogatoire : on précisera

- Notion d'immigration ;
- Contage tuberculeux,
- Notion de vaccination par le BCG,
- Antécédents de primo-infection, virage des réactions cutanées à la tuberculine, de tuberculose pulmonaire.

Les symptômes de la tuberculose uro-génitale les plus fréquents : une cystite est constatée dans 85% des cas de tuberculose rénale ; la cystite tuberculeuse associe une triade fonctionnelle classique :

- Une pollakiurie à prédominance diurne, qui devient rapidement nocturne ;
- Des douleurs mictionnelles particulièrement intenses en fin de miction, avec souvent une hématurie terminale et une pyurie.
- Une pyurie

❖ Signes fonctionnels :

Douleurs mictionnelles, dysurie.

❖ Signes généraux :

Asthénie, anorexie, amaigrissement, fièvre vespérale, sueurs nocturnes peuvent s'observer quelle que soit la localisation de la maladie tuberculeuse.

❖ Examens physiques :

Inspection : pyurie, hématurie.

Palpation : douleur lombaire, gros rein, contact lombaire.

. Signes génitaux chez l'homme :

Les atteintes génitales n'entraînent pas en général de symptômes tant que l'épididyme n'est pas touché (épididymite), bien que la prostate et l'atteinte des vésicules peuvent entraîner une baisse de volume de l'éjaculat et souvent une hémospemie.

❖ Examens physiques :

Inspection : grosse bourse ou non, fistule scrotale.

Palpation : nodule épидидymaire relativement peu sensible, siégeant généralement à la queue de l'épididyme sous forme d'un petit nodule dur,

roulant sous les doigts. Parfois l'atteinte est bipolaire avec un noyau identique situé au niveau de la tête de l'épididyme.

Le déférent peut être pris en masse ou monoliforme.

Ces lésions sont froides et non inflammatoires.

Au Toucher rectal : nodule froid intra prostatique, noyaux prostatiques irréguliers, vésicules séminales tendues.

. Examens para cliniques :

Trois d'entre eux sont indispensables dans tous les cas :

- Examen bactériologique
- Tests immunologiques :
- L'urographie intraveineuse.

Examens bactériologiques :

.La recherche du BK à l'examen microscopique dans les urines (bacilliformes).

Examen clinique de l'appareil urinaire : [3]

Un bon examen urologique commencera toujours par l'examen des urines fraîches dans un verre propre.

On examinera ensuite successivement :

- le haut appareil ;
- le bas appareil ;
- l'appareil génital

Et on termine bien entendu par un examen général, en particulier neurologique : c'est là l'examen urologique type, méthodique et obligatoire devant l'un quelconque des signes fonctionnels.

1) Examen des urines fraîches : se fera

-Par sondage aseptique chez la femme

-chez l'homme directement par miction dans un verre propre, après toilette du méat, et si possible en présence du médecin.

Cette miction présente en effet chez l'homme un triple intérêt

-Apprécier la qualité de la miction et dépister une éventuelle dysurie ;

-Vider la vessie au maximum avant l'examen pour dépister un éventuel résidu ;

-Apprécier d'emblée la limpidité et la coloration de ces urines fraîches « vivantes ».

L'urine fraîche est en effet normalement limpide, brillante, jaune clair ou ambrée.

L'intensité de la coloration, en dehors des périodes digestives, est un bon témoin de la fonction rénale.

Anormalement l'urine peut être trouble à des degrés divers :

-Urine qui a perdu son brillant, mate ou dépolie,

-Filament en suspension,

-Urine louche, opaline, lactescente,

-Urine franchement trouble, épaisse,

-Parfois même putride, nauséabonde.

Devant toute urine trouble, on doit :

-Éliminer la phosphaturie par acidification et l'uraturie par la chaleur (l'urine redevient alors limpide) ;

-Pratiquer si possible une épreuve des trois verres pour avoir une idée d'orientation en cas d'hématurie

(Initiale, terminale ou totale) ;

-Adresser au laboratoire un échantillon d'urine prélevée aseptiquement pour confirmation de la pyurie, examen cyto bactériologique et antibiogramme éventuel.

Anormalement, l'urine aussi peut être modifiée dans sa coloration :

- Médicaments, aliments, pigments biliaires, hémoglobine,
- et surtout hématurie où il faut de même pratiquer une épreuve des trois verres.

Enfin sur ces urines fraîches on peut encore rechercher :

- la glycosurie (liqueur de Fehling)
- l'albuminurie (chaleur ou acide nitrique)
- le pH urinaire (papiers réactifs)

Par ailleurs, le bocal d'urines permettra d'apprécier, non pas la limpidité ni la coloration, souvent modifiées après 24 heures, mais le volume d'urines de 24 heures et d'établir aussi une courbe de diurèse.

Anormalement la prostate peut être :

- adénomateuse : hypertrophie plus ou moins importante, mais lisse, régulière, élastique, indolore avec disparition du sillon médian :

- cancéreuse : irrégulière, inégale, noyautée ou indurée, fixée avec des limites floues ;
- douteuse : alors le T.R. ne suffit pas au diagnostic;
- l'urètre membraneux pourra être perçu au bec prostatique lorsqu'il est pathologique. L'examen du bas appareil sera toujours complété chez l'homme par un examen de l'appareil génital externe
- prépuce, méat, verge, périnée,
- bourses et orifices inguinaux

2) Examen des bourses :

L'examen sera méthodique et comparatif, portant sur les deux bourses, le contenant et le contenu.

- Le scrotum ou enveloppe cutanée présente à l'inspection une peau

Normalement mince, foncée, plissée.

La rougeur, l'œdème et la disparition des plis traduisent un état inflammatoire.

La palpation permet de soupeser les bourses (alourdis dans certaines tumeurs).

On recherche la mobilité du scrotum sur les plans sous-jacents : l'adhérence en un point quelconque est pathologique.

Enfin en dépliant attentivement on pourra parfois découvrir une petite fistule cachée dans un pli surtout en arrière.

- La vaginale formée de deux feuillets séreux d'origine péritonéale est normalement vide et peut classiquement être pincée à la face antérieure du testicule.

Elle peut être anormalement épaissie en une coque fibreuse, résistante et lourde (pachyvaginalite).

Elle peut surtout être le siège d'un épanchement qui noie le contenu et transforme la bourse en une masse ovoïde plus ou moins grosse mais généralement régulière et rénitente.

La transillumination permettra de distinguer les épanchements limpides et les épanchements opaques. On pourrait aussi avec prudence faire une ponction exploratrice et évacuatrice qui permet en outre l'examen du liquide et celui du contenant.

- Le testicule normal est ovoïde, lisse, homogène, élastique et présente une sensibilité caractéristique.

Il peut être anormalement absent, ectopique, atrophique ou au contraire augmenté de volume, de façon régulière ou non.

- L'épididyme coiffe en arrière le testicule dont il est séparé par un sillon mais il n'est normalement perçu qu'à ses deux extrémités :

- La tête qu'on peut pincer au pôle supérieur du testicule sous forme d'une petite saillie lisse et élastique ;

La queue qui se continue au pôle inférieur du testicule par le canal déférent en une anse épидидymo- déferentielle siège électif des noyaux d'épididymite.

Anormalement l'épididyme peut être atteint à ses deux extrémités ou même en totalité.

- Le cordon forme un pédicule suspenseur au testicule.

IV. Méthodologie :

IV-1-CADRE D'ETUDE :

Le service de chirurgie générale de l'EPH de Sikasso a servi de cadre pour cette étude.

IV-2-LIEU D'ETUDE

IV-2-1-Présentation géographique du Mali [6]:

Pays enclavé avec une superficie de 1 241 258 km² dont les 2/3 sont occupés par le désert, le Mali s'étend entre le 10^{ème} degré et le 25^{ème} degré de latitude Nord, entre le 12^{ème} et le 14^{ème} degré de la longitude Ouest. Selon le recensement de 2002, sa population a été estimée à environ 12 millions d'habitants. Il s'étend sur 1 700km du Nord au Sud et 1 900km d'Ouest en Est.

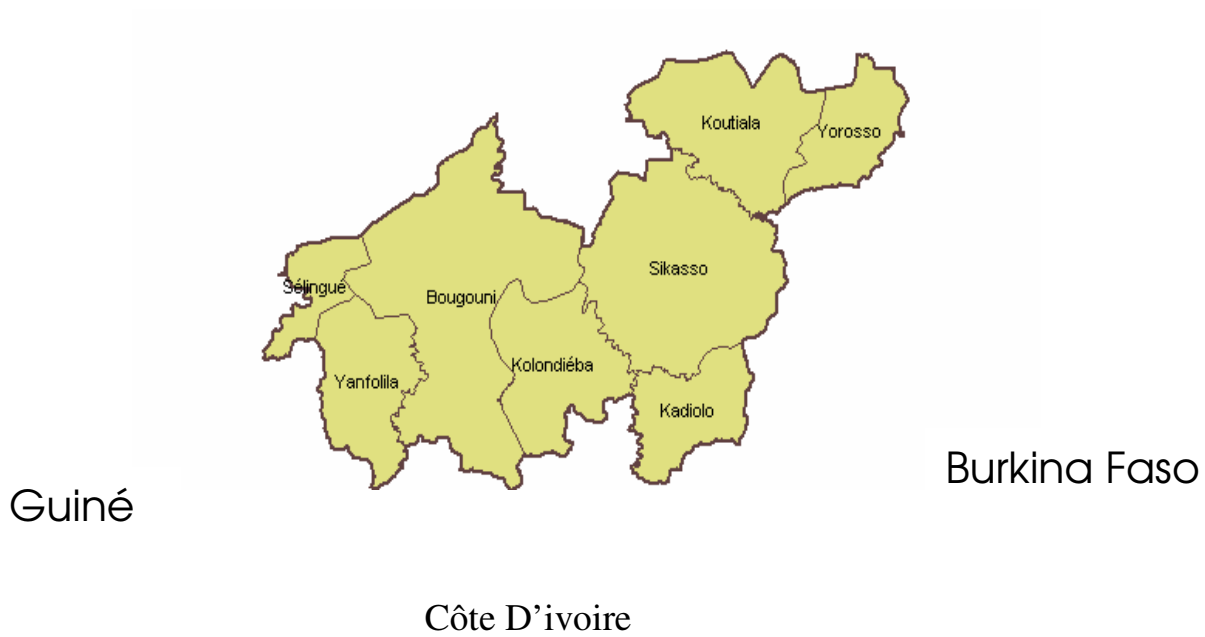
Le Mali est limitée :

- Au Nord- Est par l'Algérie ;
- Au Nord-Ouest par la Mauritanie ;
- A l'Ouest par le Sénégal ;
- Au Sud par la Côte D'Ivoire ;
- Au Sud- Ouest par la Guinée Conakry ;
- Au Sud- Est par le Burkina Faso ;
- A l'Est par le Niger.

Selon le découpage administratif, la république du Mali comporte huit régions qui sont les suivantes : Kayes, Koulikoro. Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal et le district de Bamako.

IV-2-2-Présentation de la région de Sikasso[6] :

CARTE DE LA REGION DE SIKASSO



Cercles	Distance
Yanfolila	297 Km
Bougouni	217 Km
Kolondièba	210 Km
Kadiolo	112 Km
Koutiala	127 Km
Yorosso	257 Km

Sikasso

La région de Sikasso encore appelée le Kéné Dougou est la troisième région administrative du Mali. Elle est située dans la partie méridionale du territoire ; elle est limitée :

- Au Nord par la région de Ségou,
- Au Nord-Ouest par la région de Koulikoro ;
- Au Sud par la Côte d'Ivoire,
- A l'Est et au Nord- Est par le Burkina-Faso ;
- Au Sud- Ouest par la Guinée.

Cette situation fait de la région un véritable carrefour de commerce et d'échange de culture.

La région couvre une superficie de 71.790Km² Les principales ethnies : Sénoufo, Bambara, Miniaka.

Les principales religions : l'islam, le christianisme et l'animisme.

C'est une région qui s'étend entre 12°30 Nord et 10°30 Nord et entre 8°30 Ouest et 5°30 Ouest. Les voies de communication sont essentiellement constituées par cinq axes routiers :

- Axe Zégoua - Bamako,
- Axe Kouri - Koutiala,
- Axe Kouri – Kimparana - San;
- Axe Sikasso – Koutiala - kimparana,
- Axe Sikasso-Bobo Dioulasso.

Sur le plan administratif la région comprend:

- 7 cercles qui sont : Bougouni, Kadiolo, Kolondièba, Koutiala, Sikasso, Yanfolila et Yorosso.
- 46 arrondissements;
- 425 secteurs de développement;
- 1 821 villages;

-Trois (3) communes de plein exercice: Bougouni, Koutiala et Sikasso.

L'économie est essentiellement basée sur l'agriculture, l'élevage, l'artisanat et le commerce.

Dans la région, il existe des unités industrielles entre autres: 5 usines d'égrainage de coton (Sikasso, Koutiala, Bougouni, Koumantou, Kignan), 2 huileries (HAWYT à Sikasso et HUICOMA à Koutiala), une usine de thé à Farako.

On y trouve de nombreuses zones d'exploitations aurifères: Morila, Kalana, Siama.

La couverture sanitaire connaît une amélioration certaine, la région comprend un seul hôpital situé dans la capitale régionale, des CSREF, des CSCOM, des dispensaires de quartier, des cabinets médicaux, et des cliniques (source : DRPS/Sikasso ; 2006).

3- Présentation de la commune de Sikasso [6] :

Division territoriale administrée par un maire, la commune urbaine de Sikasso est située au Sud- Est du Mali, à 40 km de la frontière du Burkina Faso, 80km de la Côte d'ivoire. Ville carrefour, située à 380 kilomètres d'environ de Bamako, de par sa position géographique et économique, avec ses quinze quartiers et vingt huit villages, Sikasso est devenu un lieu d'immigration pour les ressortissants de toutes les régions du Mali.

Elle couvre une superficie de 27 550 kilomètres carrés. Mais aujourd'hui ses limites sont entièrement débordées surtout avec le rattachement des vingt huit (28) villages de l'ex arrondissement central à la commune de Sikasso. Actuellement, la commune de Sikasso compte plus de 156 736 habitants et la ville continue à se développer du côté Nord-est et du côté Ouest. Les

coordonnées géographiques de la ville sont de 11° 5 de latitude Nord et 5° 30 de longitude Ouest. Sa densité est de 5,689 habitants par kilomètre carré.

IV-3 SITE D'ETUDE

Présentation de l'hôpital de Sikasso :

L'hôpital de Sikasso est une structure de référence de troisième niveau dans la pyramide sanitaire du Mali.

Il doit répondre en permanence aux besoins de tous les malades référés par les établissements sanitaires périphériques: les CS Réf, les CSCOM, les Dispensaires. D'autre part, l'hôpital régional est chargé d'assurer les soins médicaux curatifs et préventifs, la formation et la recherche médicale.

Il occupe une superficie de 4 hectares et est situé en plein centre ville. Il est limité :

Au sud par le grand marché ; au Sud-ouest par le centre de la mission catholique, l'Est par le groupe scolaire A, la Direction régionale des impôts, la poste et la SOTELMA.

Créé, depuis 1930 l'établissement a évolué sous plusieurs appellations :

Assistance médicale indigène ; Assistance médicale africaine ;

Hôpital secondaire et hôpital régional en 1972 ;

Etablissement public hospitalier (E.P.H) en 2003.

Ces différents changements de nom n'ont pas été suivis d'investissements conséquents, raison pour laquelle l'hôpital est constitué en grande partie de bâtiments coloniaux, qui sont rénovés de temps en temps.

L'hôpital a repris sa configuration actuelle avec la construction du dernier pavillon en 1991, la réfection du centre d'appareillage orthopédique et la

rénovation du bloc administratif, de la gynéco-obstétrique, et l'ouverture d'un centre d'ophtalmologie et la construction en 2007 des abris pour accompagnants pour chaque pavillon d'hospitalisation.

L'hôpital comprend :

- un bâtiment abritant : le bureau des entrées, le secrétariat général, le bureau de L'agent comptable, le service social, le bureau du surveillant, la salle de réunion, la pharmacie d'urgence,
- un bâtiment pour le service des urgences médicochirurgicales ;
- un conteneur pour l'ORL, un pavillon d'hospitalisation de médecine ;
- deux pavillons d'hospitalisation de chirurgie, un pavillon d'hospitalisation et un bâtiment de consultation pour la pédiatrie ; un pavillon d'hospitalisation VIP ;
- un bâtiment pour la troisième salle d'hospitalisation de gynéco obstétrique, le bureau du directeur général adjoint et le bureau du chef de service de chirurgie, un bureau du médecin urologue.
- un bâtiment pour l'orthopédie,
- un bâtiment pour l'odontostomatologie et le pavillon de gynéco obstétrique,
- un bâtiment (nouveau pavillon) pour : l'hospitalisation de première catégorie, le service de kinésithérapie, le bureau des gestionnaires, le bureau du S. I. H, le bureau de l'anesthésiste assistant médical, la salle de consultation du chirurgien chinois, la salle des étudiants hospitaliers ;
- un bâtiment pour : le bureau du Directeur Général, son secrétariat particulier, et sa salle de consultation, un magasin, une salle pour les psychologues sociaux, le centre d'ophtalmologie ;
- un bâtiment abritant la pharmacie et le laboratoire ;
- un bâtiment pour : la radiographie, le bloc opératoire et la réanimation ;
- un bâtiment pour : l'archivage, la salle des gardiens et la salle des chauffeurs ;
- Trois bâtiments pour le logement de l'équipe chinoise, des abris pour accompagnants ;

-une cuisine, des toilettes et WC, une buanderie, une construction pour l'incinération, un bâtiment abritant la morgue et le garage ;

-un bâtiment abritant le groupe électrogène.

Les internes sont associés également aux éléments du SUC (service d'urgence chirurgical) pour la prise en charge des cas urologiques.

IV-4-PERIODE:

Cette étude s'est déroulée sur une période de 3 ans du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2009

IV-5-TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude épidémiologique rétrospective et descriptive.

IV-6-POPULATION D'ETUDE:

L'étude a porté sur tous les dossiers médicaux des patients du service de chirurgie générale.

IV-7- ECHANTILLONNAGE

L'échantillonnage a porté sur tous les dossiers des patients présentant des signes d'atteinte de l'appareil urinaire ainsi que de l'appareil génital de l'homme.

IV-8-CRITERE D'INCLUSION :

Ont été inclus dans cette étude, tous les dossiers médicaux complets des patients, présentant une ou plusieurs des pathologies urologiques opérées ou non.

IV-9-CRITERE DE NON INCLUSION

Tous les dossiers médicaux incomplets, comme le cas du registre de consultation de l'urologue Cubaine parce qu'ils étaient écrits en espagnol et qui représente environ 87,14% des activités urologiques.

IV- 10 PROCEDURE DIAGNOSTIQUE DES PATHOLOGIES

L'inspection, la palpation, les touchers, l'échographie ont permis de poser le diagnostic des pathologies suivantes : l'adénome de la prostate, tumeur de la vessie, cystocele, hydrocele, kyste du cordon, tumeur de l'adénome, FVV, Fistule vesico cutané congénitale, diverticule vésicale ectopie testiculaire,

L'inspection, la palpation, les touchers, l'échographie et L'U.I.V ont permis de poser le diagnostic des pathologies suivantes : lithiases urinaires, urétero-hydronéphrose, tumeur du rein.

L'inspection, la palpation, les touchers, ECBU ont permis de poser le diagnostic des pathologies suivantes : l'orchite, cystite, Maladie de Fournier, priapisme.

IV-11 Diagramme de Gantt

DATE	5 Juin- 1 ^{er} juillet 2009	4 au 26 Juillet 2009	Septembre 2009- Janvier 2010	Janvier- Mars 2010	Mars- Fevrier 2010	Fevrier- Octobre 2010	Octobre 2010
Recherches bibliographiques du protocole	•						
Elaboration du protocole et correction par le codirecteur		•					
Collecte et analyse des données l'hôpital de Sikasso			•				
Correction par Dr Zanafon Ouattara				•			
Correction par Dr Adama Diawara					•		
Correction par Dr Adama Diawara, Dr Ali B Diallo, Pr. Sounkalo Dao, Dr Zanafon Ouattara, Pr. Kalilou Ouattara,						•	
Soutenance							•

IV-12-RECUEIL DES DONNEES :

-les dossiers d'hospitalisation des patients : comportant les nom et prénom du malade, le numéro du dossier, le sexe, l'âge, la profession, la date d'entrée, la résidence, le centre de référence, le diagnostic d'entrée, le diagnostic de sorti, les données de l'examen clinique (interrogatoire, examen physique) et des examens para cliniques (examens sanguin, urinaire, radiologique, échographique). Le traitement reçu, la durée d'hospitalisation, le titre, prénom et nom de l'opérateur et l'étudiant qui a fait le dossier.

-Le registre de consultation : comportant les nom et prénom du malade, le sexe, l'âge, la profession, la date d'entrée, la résidence, le centre de référence, le diagnostic, les examens para cliniques (examens sanguin, urinaire, radiologique, échographique), traitement reçu, le titre, prénom et nom de l'opérateur

-Le registre du bloc opératoire : comportant les nom et prénom du malade, le sexe, l'âge, la profession, la date d'entrée, la résidence, le diagnostic, le type d'intervention, prénom et nom de l'anesthésiste, de l'aide du bloc, du chirurgien, le compte rendu opératoire.

IV-13 ASPECTS ETHIQUE

Cette étude s'est déroulée dans l'anonymat total et le respect du secret professionnel.

IV-14 -TECHNIQUE D'ETUDE/MODE OPERATOIRE :

Nous avons enregistré tous les renseignements sur une fiche technique d'enquête conçue à cet effet, critiqué et approuvé par les internes du service et le directeur de thèse.

IV-15-MATERIELS D'ETUDE :

- Une fiche d'enquête,

- Un crayon et une gomme
- IV-16 PLAN D'ANALYSE

Nous avons effectué le masque de saisi sur le logiciel EPI06FR. Notre analyse a été basée sur la fréquence.

V RESULTATS

V1 Rapport des trois (3) années d'activités dans le service de chirurgie générale:

CONSULTATIONS EXTERNE :

-2007=1113

-2008=1062

-2009=969

-Total=3144

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS EN CHIRURGIE :

-2007=1456

-2008=1325

-2009=1162

-Total=3943

NOMBRE D'INTERVENTIONS AU BLOC OPERATOIRE :

RAPPORT ANNUEL 2007

Pathologies	Programmées	Urgences
Chirurgie générale	98	413
Urologie	255	6
Traumatologie	21	10
Gynécologie	124	690
ORL-Ophtalmologie	0	1
Stomatologie	1	1
Autres	42	13
Total	541	1134

La pathologie urologique représente première la pathologie programmée au bloc opératoire et la quatrième pathologie au bloc d'urgence

Autres : Blessures et traumatisme à la suite d'accident de la voie publique ; coups et blessures volontaires

RAPPORT ANNUEL 2008

Pathologies	Programmées	Urgences
Chirurgie générale	131	281
Urologie	203	14
Traumatologie	34	34
Gynécologie	106	666
ORL-Ophtalmologie	0	0
Stomatologie	0	1
Autre	15	2
Total	489	998

La pathologie urologique représente première la pathologie programmée au bloc opératoire et la quatrième pathologie au bloc d'urgence

Autres : Blessures et traumatisme à la suite d'accident de la voie publique ; coups et blessures volontaires

RAPPORT ANNUEL 2009

Pathologies	Programmées	Urgences
Chirurgie générale	188	314
Urologie	232	17
Traumatologie	33	28
Gynécologie	127	832
ORL-Ophtalmologie	1	0
Stomatologie	4	0
Autre	0	0
Total	585	1181

La pathologie urologique représente première la pathologie programmée au bloc opératoire et la quatrième pathologie au bloc d'urgence

Autres : Blessures et traumatisme à la suite d'accident de la voie publique ; coups et blessures volontaires

V2 Les résultats de notre étude

Tableau I: la fréquence des consultations par année de l'urologue Cubaine

ANNEE	2007	2008	2009	TOTAL
FREQUENCE	1113	1062	962	3137

Dans notre étude 2007 fut l'année où l'activité la plus intense

Tableau II : Evolution de l'effectif des dossiers utilisables des malades urologiques reçus dans le service par an.

Année	2007	2008	2009	Total
Fréquence	192	152		463
Pourcentage (%)	41,47	32,83	25,70	100

Dans notre étude 2007 fut l'année où l'activité la plus intense

Tableau III : Evolution de l'effectif des malades urologiques reçus dans le service en fonction de l'âge

Age	Fréquence	Pourcentage (%)
0 -5 ans	23	4,96
06-10 ans	14	3
11- 20 ans	29	6,26
21- 40 ans	85	18,36
41-60 ans	95	20,52
61- 90 ans	217	46,87
TOTAL	463	100

L'âge moyen de la série a été 70 ans avec des extrêmes de 0 ans et 90 ans. Ce

tableau montre que 217 malades soit 46,87% de la série ont un âge compris entre 61 - 90 ans

Tableau IV = Evolution des malades urologiques reçus selon leur sexe dans le service.

SEXE	FREQUENCE	POURCENTAGE
MASCULIN	393	85,10%
FEMININ	69	14,90%
TOTAL	462	100,00%

Les femmes et les hommes étaient concernés par notre étude.

Tableau V = Répartition des malades urologiques reçus en fonction de leur résidence

RESIDENCE	Fréquence	Pourcentage (%)
SIKASSO	296	63,93
KADIOLO	73	15,77
KOUTIALA	22	4,75
YOROSSO	10	2,16
KOLONDIEBA	9	1,94
BOUGOUNI	5	1,08
YANFOLILA	1	0,22
AUTRE	47	10,15
TOTAL	463	100

Nous remarquons que l'hôpital de Sikasso joue pleinement son rôle d'hôpital de 2^{ème} référence : tous les cercles de la région y sont représentés.

Autre : Cote d'Ivoire, Ségou, Mopti, Koulikoro

Tableau VI= Répartition des patients urologiques en fonction de leur nationalité.

NATIONALITE	Fréquence	Pourcentage (%)
MALIENNE	456	98,5
AUTRE	7	1,5
TOTAL	463	100

Dans 98,5% soit 456 cas de la série, les patients étaient originaires du Mali et dans 1,5% soit 7 cas de la série les patients étaient originaires d'un pays limitrophe (Côte d'Ivoire).

Autre : Burkina Faso et Cote d'Ivoire

Tableau VII= Répartition des patients urologiques en fonction de leur occupation

OCCUPATION	Frequence	Pourcentage (%)
CULTIVATEUR	228	49,24
MENAGERE	56	12,10
ETUDIANT	36	7,78
ENFANT	35	7,56
ELEVEUR	31	6,70
FONCTIONNAIRE	22	4,75
MECANICIEN	19	4,10
COMMERCANT	18	3,89
CHAUFFEUR	6	1,3
NOUVEAU NE	1	0,22
AUTRES	11	2,38
TOTAL	463	100

Au cours de notre étude 49,24% de la série soit 228 patients étaient des paysans.

Cela s'explique par le fait que notre population est essentiellement

agropastorale.

AUTRES : jeune diplômé sans emploi , jeune au chômage

Tableau XIII : Répartition des malades urologiques reçus selon qu'ils ont été hospitalisés ou non.

HOSPITALISATION	Fréquence	Pourcentage (%)
OUI	396	85,53
NON	67	14,47
TOTAL	463	100

Sur un effectif de 463 patients, 85,53% dans la série de 396 ont été hospitalisés

Tableau IX = Répartition des malades urologiques reçus en fonction du diagnostic préopératoire.

DIAGNOSTIC PREOPERATOIRE	Fréquence	Pourcentage % (%)
ADENOME DE LA PROSTATE	196	42,33
HYDROCELE	45	9,71
KYSTE CORDON	38	8,20
CYSTOCELE	25	5,39
RETRECISSEMENT URETRAL	31	6,68
LITHIASE VESICALE	19	4,10
LITHIASE RENALE	18	3,88
F V V	13	2,80
TUMEUR VESICALE	10	2,15
ORCHITE	7	1,51
CANCER DE LA PROSTATE	7	1,51
ECTOPIE TESTICULAIRE	6	1,29
TUMEUR RENALE	6	1,29
PRIAPISME	5	1,07
TUMEUR SCROTALE	15	3,22
HYDRONEPHROSE	3	0,64
CRYPTORCHIDIE	3	0,65
BILHARZIOSE	2	0,43
NEPHROBLASTOME	2	0,43
SEQUELLE EXCISION	2	0,43
URETERO-HYDRONEPHROSE	1	0,21
SOUFRANCE RENALE	1	0,21
TRAUMATISME TESTICULAIRE	1	0,21
F V C CONGENITALE	1	0,21
DIVERTICULE VESICALE	1	0,21
CYSTITE	1	0,21
MALADIE DE FOURNIER	1	0,21
NEO VESSIE	1	0,21
POLYKYSTOSE RENALE	1	0,21
TOTAL	463	100

Dans notre service l'adénome de la prostate occupe à peu près la moitié du diagnostic préopératoire soit 42,33%.

Tableau X= Répartition des patients urologiques en fonction des signes urinaires.

SIGNE URINAIRE	Fréquence	Pourcentage (%)
DYSURIE	136	29,37
R.A.U	79	17
HEMATURIE	12	2,59
POLLAKIURIE	16	3,45
BRULURE MICTION	6	1,29
PAS SIGNE URINAIRE	4	0,86
AUTRES	210	45,35
TOTAL	463	100

Les autres signes représentent 45,35% dans la série de 210 suivies de la dysurie avec 29,37% dans la série de 136 et de la rétention aigue d'urine avec 17% dans la série de 79

AUTRES : Douleur lombaire, pelvienne, abdominale, découverte fortuite.

Tableau x : Répartition des malades urologiques reçus en fonction de la pathologie

PATHOLOGIE	Fréquence	Pourcentage (%)
ADENOME PROSTATE	198	42,76
HYDROCELE	46	9,93
KYSTE CORDON	39	8,42
RETRECISSEMENT URETRAL	25	5,40
CYSTOCELE	24	5,18
LITHIASSE VESICALE	22	4,75
LITHIASSE RENALE	19	4,10
TUMEUR TESTICULE	15	3,23
F V V	13	2,80
CANCER DE LA PROSTATE	10	2,15
ECTOPIE TESTICULAIRE	9	2,80
TUMEUR REIN	8	1,72
TUMEUR VESSIE	8	1,72
ORCHITE	6	1,29
PRIAPISME	5	1,07
HYDRONEPHROSE	3	0,64
BILHARZIOSE	2	0,43
SEQUELLES EXCISION	2	0,43
CYSTITE	1	0,21
MALADIE DE FOURNIER	1	0,21
DIVERTICULE VESICALE	1	0,21
URETERO-HYDRONEPHROSE	1	0,21
F V CUTANE CONGENITALE	1	0,21
Autre	4	0,86

Dans notre service l'adénome de la prostate occupe à peu près plus de la moitié des pathologies urologiques rencontrées soit 42,76%

Tableau XII = Répartition des malades urologiques reçus en fonction du type d'intervention.

TYPE D'INTERVENTION	Fréquence	Pourcentage (%)
ADENOMECTOMIE	170	36,71
KYSTECTOMIE	69	14,9
CURE HYDROCELE	45	9,71
CYSTOLITHOTOMIE	30	6,47
CURE CYSTOCELE	24	5,18
DILATATION	14	3,02
FISTULORAPHIE	14	3,02
CYSTOTOMIE	11	2,37
NEPHRECTOMIE	7	1,51
AUTRES	78	16,84
TOTAL	463	100

L'adénomectomie occupe plus du tiers (1 / 3) de l'activité urologique de notre service soit 36,71%

AUTRES :Cathétérisme sus pubien, repartions des séquelles d'excisions.

Tableau XIII= Répartition des malades urologiques reçus en fonction de l'opérateur.

OPERATEUR	Fréquence	Pourcentage (%)
CHIRURGIEN	288	62,19
UROLOGUE	175	37,79
TOTAL	463	100

Le chirurgien généraliste à effectuer 57,23% des interventions urologiques ; cela s'explique par le fait qu'il n'y a pas de service d'urologie à l'EPH de Sikasso

Tableau XIV = Répartition des malades urologiques reçus en fonction de la suite post opératoire.

SUITE POSTE OPPEATOIRE	Fréquence	Pourcentage (%)
SIMPLE	392	84,65
Complication	69	14,9
DECES	2	0,43
TOTAL	463	100

Dans notre étude 57,66% des malades dans la série de 267 ont eu une guérison simple

Tableau XV = Répartition des malades urologiques reçus en fonction de la durée d'hospitalisation.

DUREE HOSPITALITION/jours	Fréquence	Pourcentage
0-3	279	60,23%
6-10	135	29,12%
11-19	43	9,03%
25-69	6	1,26%
TOTAL	463	100%

La durée d'hospitalisation la plus élevée était 68jours

Tableau XVI : Répartition des pathologies urologiques en fonction des années

ANNEE	2007	2008	2009	Total
PATHOLOGIE				
ADENOME PROSTATE	81	55	62	198
AUTRES	2	2	0	4
BILHARZIOSE	0	1	1	2
CYSTITE	0	1	0	1
CYSTOCELE	9	9	6	24
DIVERTICULE VESICALE	1	0	0	1
ECTOPIE TESTICULAIRE	2	4	3	9
F V CUTANE	0	0	1	1
F V V	3	3	7	13
HYDROCELE	30	9	7	46
HYDRONEPHROSE	0	0	3	3
KYSTE CORDON	17	19	3	39
LITHIASSE RENALE	3	11	5	19
LITHIASSE VESICALE	9	9	4	22
MALADIE DE FOURNIER	0	0	1	1
ORCHITE	6	0	0	6
PRIASPISME	3	2	0	5
RETRECISSEMENT	10	12	3	25
SEQUELLES EXCISION	1	0	1	2
TUMEUR ADENOME	3	1	6	10
TUMEUR REIN	2	3	3	8
TUMEUR TESTICULE	8	6	1	15
TUMEUR VESSIE	2	4	2	8
URETERO-	0	1	0	1
Total	192	152	119	463

VI DISCUSSIONS :

1- Limites et difficultés de l'étude

1-1-Difficultés. Les difficultés auxquelles nous avons été confrontés étaient :

- les dossiers incomplets
- les données non informatisés

1-2-Limites :

- tous les examens complémentaires n'étaient pas disponibles
- les résultats de l'anatomopathologie n'existaient pas sur les dossiers.

2-ASPECT SOCIODEMOGRAPHIQUE :

2-1AGE tous les âges étaient concernés de deux (2) jours à quatre-vingt dix (90) ans avec un âge moyen de 45,00 ans. Ces patients avaient un âge supérieur ou égal à 60ans dans 46,87% des cas. Ce résultat est inférieur à ceux obtenus par Y. Ould Tfeil C.A. [12], par GUINDO B.B [3]

2-2 SEXE : tous les deux sexes étaient concernés avec un sexe ratio (homme/femme)= 5,69 en faveur des hommes. Ce résultat est inférieur à ceux obtenus par Y. Ould Tfeil C.A. [12], B. FaII (13) et SYLLA S [2]; et à celui de F. MONDET (14), GUINDO B.B [3]

2-3 OCCUPATION : dans une population essentiellement agropastorale 49,24% étaient des cultivateurs. Ce résultat est inférieur à celui de MARIKO M (73,63%)

2-4 RESIDENCE : le cercle de SIKASSO qui abrite l'hôpital où s'est déroulée notre étude, était la résidence de 63,93% des patients sur les sept (7) cercles de

la région ; mais 10% des patients venaient d'autres régions: SEGOU, KOULIKORO, MOPTI et RCI

2-5 ASPECT D'ADMISSION : Dans notre étude 61,66% des patients ont été reçus en consultation ordinaire et 38,01% en consultation d'urgence avec une hospitalisation de 85,53% des patients

3 ASPECT CLINIQUE

3-1 SIGNES URINAIRES : les autres signes (Douleur lombaire, pelvienne, abdominale, découverte fortuite) représentaient 45,35% suivis de la dysurie 29,37% et la rétention aigue d'urine 17%

3-2 DIAGNOSTIC PREOPRATOIRE : l'adénome de la prostate occupait à peu près la moitié (42,33%) du diagnostic préopératoire

3-3 PATHOLOGIES : l'adénome de la prostate occupait à peu près la moitié (42,76%) de la pathologie urologique rencontrée. Ce résultat est supérieur à celui obtenu par GUINDO B.B [3].le priapisme était 1,7% ce qui supérieur celui obtenu par B. FaII [13] et inferieur celui obtenu par. Ould Tfeil C.A. [12]

4. ASPECT THERAPEUTIQUE

4.1 TYPE D'INTERVENTION : l'adénomectomie a été le plus Pratiquée avec 36,71%.

4.2 OPERATEUR : Dans notre étude 62,19% des interventions ont été faites par un chirurgien; 37,79% par une urologue CUBAINE.

4.3 SUITES POST OPERATOIRES : Dans notre étude 84 ,65% des patients ont eu une guérison simple, 14,09% des patients ont eu une complication, 0,43% de décès

VII.CONCLUSION

Notre étude a évalué les activités urologiques dans le service de chirurgie générale de l'EPH de Sikasso. Durant notre période d'étude nous avons consulté 463 dossiers médicaux et nous avons rencontré 23 pathologies différentes que sont :

adénome de la prostate, le cystocèle, le diverticule vésicale , la fistule vesico-vaginale, la bilharziose, l'ectopie testiculaire, la fistule vesico-cutanée congénitale, la cystite, hydrocèle, hydronéphrose, kyste du cordon, la lithiase rénale, lithiase vésicale, la maladie de fourmier, l'orchite, le priapisme, le rétrécissement urétral, les séquelles d'excision, cancer de la prostate, la tumeur du rein, la tumeur du testicule, la tumeur de vessie, l'urétéro-hydronéphrose

Sur les trois (3) années, l'année 2007 qui a été la plus riche en activités urologiques et concernait femmes et hommes de différentes catégories d'âges.

Face à la multitude des pathologies urologiques au service de chirurgie générale de l'hôpital, il serait mieux de créer un service d'urologie pour répondre au besoin de la population.

Nous espérons que cette étude servira de référence pour d'autres études plus explicites.

VIII.RECOMMANDATIONS

Nos recommandations vont à l'endroit de

❖ A Monsieur le Directeur de l'EPH de Sikasso

- La création d'un service d'urologie dans l'hôpital de Sikasso
- Le recrutement des urologues
- L'équipement des services en matériels de travail
- La mise en disposition d'un secrétaire médical pour le médecin cubain

❖ Personnels soignants

- Remplir correctement les supports
- Bien archiver les dossiers

❖ Population

- D'amener les malades à l'hôpital dès l'apparition des signes urinaires
- De ne pas considérer les problèmes urologiques et ou sexuels comme des sujets tabous et accepter d'en parler à un urologue

BIBLIOGRAPHIE

[1]- DEBRE B et TEYSSIER P.

Traité d'urologie. Edition Médicale Pierre Fabre, 1993 : 628p

[2]- Sylla S.

Etude épidémiologique de la pathologie urologique de l'hôpital nianakoro fonba de Ségou. Thèse Med, faculté de Médecine, pharmacie et d'odonto-stomatologie de Bamako. Bamako 2010

[3]- Guindo B B.

Etude rétrospective de la pathologie Urologique du service d'urologie du CHU Gabriel Touré. Thèse Med, faculté de Médecine, pharmacie et d'odonto-stomatologie de Bamako. Bamako 2008

[4]- Mariko M.

Prises en de l'hypertrophie bénigne de la prostate dans l'hôpital de Sikasso. Thèse Med, faculté de Médecine, pharmacie et d'odonto-stomatologie de Bamako. Bamako : 2006.

[5]- Koné B D.

Etude de la fistule vesico-vaginale de l'hôpital de Sikasso. Thèse Med, faculté de Médecine, pharmacie et d'odonto-stomatologie de Bamako. Bamako : 2007

[6]- Dembélé O.

Etude de la lithiase urinaire dans l'hôpital de Sikasso. Thèse Med faculté de Médecine, pharmacie et d'odonto-stomatologie de Bamako. Bamako : 2007

[7]- Diarra.Z.

Etude de la tuberculose urogénital dans le service d'urologie du CHU G T. Thèse Med, faculté de Médecine, pharmacie et d'odonto-stomatologie de Bamako. Bamako : 2009

[8]- HERVE GUENA NCOIS CARRE.

Physiologie humaine 2^{ème} édition- Paris- Edition Pradel, 1996: 570P.

[9]- ALKEN CE, SOHELAND J.

Abrégé d'urologie. Masson, Paris 1983, 131-143p

10- CIBERT J et PERRIN.

Urologie chirurgicale. Edition médicale, Flammarion, Paris 1964

[11]- EL SEVVER.

Annale d'urologie Édition scientifique et médicale SAS: 2001, 35, 124 p

[12]- Y. Ould Tfeil C.A. Ould Elmoctar M.O. Ca C. Ould Jdoud.

Les urgences urologiques au centre hospitalier national de Nouakchott: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Androl. (2010) 20:144-147

[13]- B. Fall*, B. Diao, P.A. FaH, Y. Diallo, Y. Sow, A.A.M, M. Diagana, A.K.Ndoeye, M. Ba, B.A. Diagne.

Les urgences urologiques en milieu hospitalier universitaire à Dakar: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Progrès en uroLogie (2008) 18, 650—653

[14]- F. MONDET, E. CHARTIER-KASTLER, L. YONNEAU, D. BOHIN, B. BARROU, F. RICHARD.

Epidémiologie des urgences urologiques en Centre Hospitalier Universitaire.

[15]- [Http://www.sante.gov.ml/index.php?view=article&catid=208%3Adecret-06-5](http://www.sante.gov.ml/index.php?view=article&catid=208%3Adecret-06-5).

Questionnaire d'enquête :

Q1-N° de la fiche d'enquête

Q2-N° du dossier du malade

Q3-Date de consultation

Q4-Age

Q5-Sexe 1- Masculin 2- Féminin

Q6-Résidence

1- Sikasso

2- Cercle de Sikasso : Yorosso

Kadiolo

Koutiala

Kolondièba

Yanfolila

Bougouni

Q7- Ethnie :

1- Senoufo

2- Miniaka

3- Samogo

4- Gana

5- Bozo

6- Dogon

7- Sarakolé

8- Bambara

9- Peulh

10- Sonrhai

11- Maure

12- BOBO

13- Malinké

14- Autres

Q8- Nationalité :

1 Malienne
2 Autres à préciser :.....

Q9- Occupation :

1- Ménagère
2- Commerçant(e)
3- Fonctionnaire
4- Cultivateur/paysan
5- Chômeur
6- Etudiant/élève/enfant
7- Pêcheur
8- Eleveur
9- Mécanicien/chauffeur
10- Autres

Q10- Religion :

1- Musulman
2- Chrétienne
3- Autres

Q11- Mode de recrutement :

1- Consultation ordinaire
2- Urgence

Q12- a été hospitalisé

1- Oui
2- Non

Q13- Diagnostic préopératoire

1- Signes urinaires
a- pas de signes urinaire b- dysurie
c- hématurie d- brulure mictionnelle
e- prurit f- autre g- indéterminé

''Si autres préciser

- 2- Adénome de la prostate
- 3- Fistule vesico-vaginale
- 4- Lithiase vésicale
- 5- Lithiase rénale
- 6- Rétrécissement urétral
- 7- Hydrocèle
- 8- Cystocèle
- 9- Tumeur de la vessie
- 10- Tumeur de l'adénome
- 11- Kyste du cordon
- 12- Tumeur du rein
- 13- Séquelle d'excision
- 14- AUTRES

Q14-Type d'intervention

- 1- Adénomectomie
- 2- Néphrectomie
- 3- Cystolithotomie
- 4- Urétérostomie
- 5- Réimplantation uretero vésicale
- 6- Résection anastomose
- 7- Pulpectomie
- 8- Kystectomie
- 9- Hydrocèle
- 10- Autres

Q15- Titre de l'opération :

- 1- Chirurgien généraliste
- 2- Chirurgien urologue
- 3- Autres

Q16- Suites post opératoires

- 1- Immédiate
- 2- Précoce
- 3- Tardive
- 4- Décès
- 5- Autres

Q17- Durée totale d'hospitalisation

Q18-Durée d'hospitalisation préopératoire

Q19- Durée d'hospitalisation post opératoire

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 !*

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : OUATTARA

Prénom : SEKOU

Pays d'origine : MALI

Année de soutenance : 2009-2010

Ville : BAMAKO

Titre : Etude épidémiologique de la pathologie urologique de l'hôpital de Sikasso.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Urologie, chirurgie.

Adresse E-mail : sekou_ouattara@yahoo.fr

Résumé :

L'objectif général était d'étudier l'épidémiologie de la pathologie urologique dans le service de chirurgie générale de l'EPH de Sikasso de janvier 2007 au 31 Décembre 2009. 3600 dossiers ont été enregistrés dont 463 dossiers seulement répondaient à notre critère d'inclusion.

Au cours de travail, nous avons rencontré certaines difficultés à savoir le registre de consultation de l'urologue cubaine était en Espagnol

Au cours de cette étude rétrospective, il y avait plus d'hommes que de femmes, en majorité des cultivateurs. L'âge de nos patients se situait pour la majorité des cas entre 60 ans et plus.

Mots clés : Epidémiologie, pathologie urologique, fréquence, Sikasso, Mali.

PROFILE SHEET

Name: OUATTARA

First name: SEKOU

Country: MALI

Defending year: 2009-2010

City: BAMAKO

Title: Epidemiological study of the urologic pathology of the hospital of Sikasso. Place of deposit: Library of the FMPOS Sector of interest: Urology, surgery. Addresses E-mail: sekou_ouattara@yahoo.fr

Summary:

The general objective was to study the epidemiology of urologic pathology in the department of general surgery of the EPH of Sikasso from January 2007 to December 31st 2009. 3600 files were recorded only 463 of which corresponded to our criterion of inclusion. During work time, we faced certain difficulties namely the register of consultation of the Cuban urologist was in Spanish.

During this retrospective study, there were more men than women, the majority was farmers. The age of our patients was for the majority of the cases between 60 years and more.

Key words: Epidemiology, urologic pathology, frequency, Sikasso, Mali.